

Hanna Hämäläinen

Heli Paakala

# KOUVOLAN ADHD/ADD-VASTAAN- OTON ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystenhoitaja

Marraskuu 2015

<b>Tekijä/Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Hanna Hämäläinen Heli Paakala	Terveydenhoitaja	Marraskuu 2015
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		56 sivua
Kouvolan ADHD/ADD-vastaanoton asiakastyytyväisyys		13 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kouvolan kaupunki		
<b>Ohjaaja</b>		
THM, Lehtori Sinikka Koho		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotolla käyvien 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten vanhempien asiakastyytyväisyyttä. Tutkimuksessa selvitettiin miten kyselyyn vastanneet asiakasperheet kokivat ADHD/ADD-vastaanoton toiminnan ja millaisia kehittämissuhteita heillä oli vastaanoton toiminnan kehittämiseksi. Toive tutkimukselle tuli Kouvolan kaupungilta.</p> <p>Tätä tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, jolla kerättiin tutkimusaineisto kesäkuussa 2015. Tutkimus oli sekä määrällinen eli kvantitatiivinen että laadullinen eli kvalitatiivinen. Kyselylomake lähetettiin lähes kaikille vastaanotolla asioiville asiakasperheille. Kyselyn ulkopuolelle jäi vain ne perheet, joiden lapsi tai lapset olivat sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Kyselylomake oli tarkoitettu vanhempien täytettäväksi, lukuun ottamatta kahta viimeistä kysymystä, jotka oli tarkoitettu lasten tai nuorten täytettäväksi. Vastausaikaa perheillä oli noin kaksi viikkoa. Aineisto analysoitiin manuaalisesti ja vastauksista laskettiin frekvenssit. Vastausprosentiksi tuli 20 % (N=15).</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että ADHD/ADD-vastaanoton toimintaan oltiin pääosin tyytyväisiä. Vanhempien ja henkilökunnan välisessä yhteistyön toimivuudessa oli onnistuttu hyvin ja vanhemmat kokivat vastaanoton henkilökunnan muun muassa ammattitaitoiseksi, ystävälliseksi ja luotettavaksi. Vastaajien mukaan hoito on myös yksilöllistä ja he kokivat, että heitä kuunnellaan vastaanotolla. Vastaanotolla käytäviin asioihin vanhemmat olivat osittain tyytyväisiä. Vanhempien jaksamiseen liittyvistä asioista sekä Kevän etuuksista he olisivat toivoneet enemmän keskustelua.</p> <p>Tutkimuksen luotettavuutta vähentävästi vaikuttaa kyselyn matala vastausprosentti, mikä oli 20 %. Matalasta vastausprosentista johtuen kyselyn tuloksia ei voida yleistää. Vastauksista saadaan kuitenkin selville tutkimukseen osallistuvien vastaajien tyytyväisyys vastaanoton toimintaa kohtaan. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää näiden tutkimustulosten osalta vastaanoton toiminnan kehittämiseen.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
ADHD, lapset, nuoret, asiakastyytyväisyys, moniammatillisuus, laatu		

Author (authors)	Degree	Time
Hanna Hämäläinen Heli Paakala	Bachelor of Health Care	November 2015
<b>Thesis Title</b>		56 pages 13 pages of appen- dices
Customer Satisfaction of Kouvola ADHD/ADD-Reception		
<b>Commissioned by</b>		
City of Kouvola		
<b>Supervisor</b>		
Sinikka Koho, Senior Lecturer		
<b>Abstract</b>		
<p>The objective of the thesis was to study customer satisfaction of children and young people aged 7–18 and their parents in the ADHD/ADD-reception of Kouvola. In the re- search was studied it what they think about of the reception functioning and what kind of development proposals they have on the functioning of the reception. The desire for this research came from the city of Kouvola.</p> <p>Questionnaires were drawn up for this research. The material was collected through questionnaires in June 2015. The research was as well quantitative and qualitative. Questionnaires sent to almost all client families who visited in reception. Children and young who were placed outside the home did not receive the questionnaire. Question- naire was sent direct principally to parents. The last two questions of questionnaire were to children and young people. The material of this study was analyzed manually and the answers were calculated frequencies. The response rate of the study was 20 per cent.</p> <p>The results showed that ADHD/ADD-reception functions were mostly satisfying. Be- tween the parents and the staff of the functioning of co-operation was very successful and the parents felt the reception staff are skilled, friendly and reliable. According to re- spondents, the treatment is also unique and they felt that they were listened` reception. To the affairs discussed at the reception parents were partly satisfied. They would have liked more discussion at the parent`s well-being and Social Insurance Institution bene- fits.</p> <p>The reliability of the study reduce by low survey response rate, which was 20 per cent. Because of low response per cent to the survey results cannot be generalized. The re- sults of this thesis can be use the development of the reception functions.</p>		
<b>Keywords</b>		
ADHD, children, young people, customer satisfaction, multi-professional collaboration, quality		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	LAPSEN JA NUOREN ADHD JA ADD.....	7
2.1	ADHD:n ja ADD:n oireet .....	9
2.2	ADHD:n ja ADD:n diagnosointi .....	10
2.3	ADHD:n ja ADD:n hoito .....	11
2.3.1	Psykososiaalinen hoito.....	12
2.3.2	Lääkehoito.....	13
2.4	Kelan etuudet.....	15
3	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	16
4	KOUVOLAN ADHD/ADD- VASTAANOTTO JA CAREAN HOITOMALLI ADHD:N JA ADD:N HOIDOSSA.....	18
5	ASIAKASTYYTYVÄISYYS .....	21
6	TERVEYDENHUOLLON LAATU .....	24
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	26
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
8.1	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta .....	27
8.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu .....	28
8.3	Aineiston analyysi ja tulosten esittäminen .....	29
8.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	30
9	TUTKIMUSTULOKSET .....	32
9.1	Vastaajien taustatiedot .....	32
9.2	Vastaajien tyytyväisyys ADHD/ADD-vastaanottotoiminnan sijaintiin ja tiloihin .....	33
9.3	Vastaajien tyytyväisyys ADHD/ADD-vastaanoton tarjoomiin palveluihin .....	36
9.4	Vastaajien tyytyväisyys ADHD/ADD-vastaanoton ajanvaraukseen .....	42
9.5	Vastaajien tyytyväisyys yhteistyön toimivuuteen ADHD/ADD-vastaanotolla.....	43
9.6	Lapsen ja nuoren tyytyväisyys ja kehittämis ehdotukset ADHD/ADD-vastaanottotoiminnasta .....	44
10	POHDINTA .....	45
11	LÄHTEET .....	51

## LIITTEET

Liite 1. ADHD:n diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan

Liite 2. Lasten ja nuorten neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden hoitomalli

Liite 3. Kyselylomake

Liite 4. Saatekirje

## 1 JOHDANTO

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) on jokapäiväistä toimintakykyä heikentävä pitkäkestoinen neuropsykiatrinen häiriö (Käypä hoito -suositus 2013). ADHD:n keskeiset oireet on kuvattu yli sata vuotta sitten lääketieteellisessä kirjallisuudessa. Vain nimike ja määritelmät ovat vaihtuneet. ADHD-määritelmä tuli tutuksi Suomessa 1970-luvulla MBD:nä (minimal brain dysfuncti-on). Nykyinen ADHD-määritelmä vakiintui Suomessa 2000-luvulla. Suomessa käytössä oleva ICD-10-tautiluokituksessa (liite 1) se tarkoittaa aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä. (Voutilainen & Puustjärvi 2014, 71.) ADD (attention deficit disorder) eli tarkkaavuushäiriö ilman ylivilkkautta on yksi ADHD:n kolmesta alatyypistä DSM-luokituksen mukaan. ICD-10-tautiluokituksen mukaan ADD on ADHD:stä erillään olevassa sekalaisessa ryhmässä (Leppämäki 2012, 45–46). ADHD-diagnoosit ovat lisääntyneet, minkä ajatellaan johtuneen lisääntyneestä tietoisuudesta asiaa kohtaan tai diagnosikriteerien muuttumisesta (Terveystieteiden tutkimuskeskukseen ammattilaisille).

Psykiatrian tutkimusprofessori Russell A. Barkley on tutkinut ADHD:tä yli 30 vuotta. Barkley toteaa, että ADHD on yksi tutkituimmista lapsuusajan psykologisista häiriöistä. ADHD:tä voidaan sanoa yleismaailmalliseksi häiriöksi, jonka pääasiallinen syy on geneettinen alttius aivojen etuotsalohkon kehittymisen ja toiminnan häiriöille. ADHD-diagnoosin saaneilla on pystytty todentamaan aliaktiivisia alueita aivoissa alueilla, jotka säätelevät käytöstä, itsehillintää, itseorganisointia ja ennakkointia. (Barkley 2008, 39, 41, 73, 391.)

Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotolla, vastaanottotilanteessa toimii moniammatillinen tiimi, lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyönä. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ihmiset toimivat tavoitteellisesti saman asian hyväksi. Pysyvien tai säännöllisin väliajoin tapaavan työryhmän tavoitteena on löytää yhdessä ratkaisut asiakkaan tilanteisiin ja ongelmiin. Moniammatillisen työryhmän keskipisteenä on asiakas sekä hänen tarpeensa ja terveytensä. (Honkanen & Mellin 2014, 99.) Aiemmin asiakas oli passiivinen hoidon kohde ja hänen odotuksiaan ja näkemyksiään ei juurikaan otettu huomioon. Nykyään painopiste asiakassuhteessa on muuttunut yksilöllisemmäksi. Asiakkaat haluavat kokonaisvaltaista, ihmisläheistä ja korkeatasoista hoitoa jossa asiakkaan odotukset ja toiveet nousevat keskeisiksi tekijöiksi hoitosuhteessa. (Kotisaari & Kukkola 2012, 52.)

Palveluiden laatua on kehitetty 2000-luvulla terveydenhuollossa. THL sekä sosiaali- ja terveysministeriö ovat tehneet laatusuosituksia joiden avulla mm. työntekijät voivat kehittää palveluiden ja toiminnan laadun toteutumista. (Haarala & Honkanen 2014, 362.) Vuonna 1999 tehdyssä Valtakunnallisessa laatusuosituksessa on laadittu erillisiä palvelukohtaisia laatusuosituksia ja -kriteereitä esimerkiksi lapsiperheiden terveystalouksille. Laatusuosituksien päämääränä on asiakaslähtöinen toiminta ja hyvän palvelutuotannon edistäminen sekä toimiminen hyväksytyjen päämäärien ja periaatteiden mukaisesti. (Laatusuositukseset.) Terveystaloukslaki (30.12.1326/2010) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Lisäksi laki velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.785/1992) ohjaa, että terveyden- ja sairaanhoidon on oltava hyvää ja lapsen hoidossa tulee huomioida lisäksi muun perheen tarpeet.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotolla käyvien 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten vanhempien asiakastyytyväisyyttä ja saada kehittämissuhteita vastaanottotoiminnasta. Myös lasten ja nuorten oma mielipide vastaanoton toiminnasta sekä mahdollisista kehittämissuhteista haluttiin selvittää. Kouvolan ADHD/ADD-vastaanoton toiminnasta saatiin tietoa tutustumalla vastaanoton toimintaan yhden päivän ajan. Henkilökunta oli käytettävissä ja heiltä saatiin ajankohtaista tietoa vastaanoton toiminnasta. Opinnäytetyön tilaaja on Kouvolan kaupungin koulu- ja opiskeluterveydenhuolto.

## 2 LAPSEN JA NUOREN ADHD JA ADD

Maailmanlaajuisesti ADHD on diagnosoitu 6–18-vuotiailla n. 5 %:lla lapsista ja nuorista. Pojilla ADHD on kolme kertaa yleisempää kuin tytöillä. Tyypillistä on, että tyttöjen ADHD jää kuitenkin helpommin tunnistamatta (Käypä hoito -suositus 2013.) ADHD:n katsotaan johtuvan suurimmaksi osin kahden välittäjäaineen dopamiinin ja noradrenaliinin kulkeutumisen vähäisyydestä hermosolujen välillä (Moilanen 2012a, 37).

Kouluikäisen lapsen ADHD:n oireet näkyvät usein koulutyöskentelyssä, ikätovereiden sekä vanhempien yhteistyön toimivuudessa sekä tunne elämään liittyvissä asioissa (Puustjärvi 2011). Kouluiässä ADHD-oireet aiheuttavat lapselle keskittymiseen liittyviä haasteita. ADHD:n tyypillisistä käytösoireista huolimatta lapsen iloisuus, luovuus, aitous ja kiinnostuminen eri asioista ilahduttavat usein lasten vanhempia. (Moilanen 2012b, 136.)

Nuoruusiässä ADHD-oireet aiheuttavat omat haasteensa mm. itsenäistymisessä sekä koulutuspaikkaa valitessa (Puustjärvi 2011). Vaikka ADHD:n ydinoireet säilyvät myös nuoruudessa, niiden ilmeneminen ja voimakkuus usein muuttuvat. Samoin kuin lapsilla, myös nuorilla ADHD-oireet esiintyvät usein koulussa. Yläkouluun siirryttäessä vaativuus opiskeluun liittyvissä asioissa kasvaa. Nuoren ADHD-oireista huolimatta nuoret ovat usein rohkeita ja luovia sekä helposti innostuvia. (Raevuori 2012, 211–212.)

ADD luokitellaan ADHD:n alla oleviin häiriöihin. ADHD ja ADD ovat keskenään erilaisia häiriöitä ja niiden taustalla ovat erilaiset aivot toiminnan muutokset. ADHD-tutkija Russell Barkley onkin ehdottanut, että ADD tulisi erottaa ADHD-diagnoosista. ADD on yleisempi tytöillä kuin pojilla. Suomessa käytössä olevan ICD-10-tautiluokituksen mukaan ADD on erikseen sekalaisessa ryhmässä; ”muu tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava toiminto- ja tunnehäiriö”. Ylivilkkauden ja impulsiivisuuden puuttuessa, on mahdollista, että ADD-diagnoosi viivästyy. (Leppämäki 2012, 46–47, 50.)

ADHD:n lisäksi voi lapsella tai nuorella olla samaan aikaan muita erotusdiagnostisia sairauksia tai häiriöitä mitkä eivät kuitenkaan estä ADHD-diagnoosia. Tällaisia sairauksia tai häiriöitä voivat olla muun muassa oppimisvaikeudet, unihäiriöt, yö- tai päiväkastelu, ahdistuneisuushäiriö, dysfasia, epilepsia, kehitysvammaisuus, autismi, Touretten oireyhtymä, Tic-oireet tai psyykkiset ongelmat (Moilanen 2012b, 140–143.)

Barkley (2008, 101, 104, 119) toteaa, että ympäristön vaikutukset kuten raskauden aikainen tupakointi ja alkoholin käyttö lisäävät riskiä ADHD:n kaltaisille oireille. Tutkimusten mukaan sosiaalisilla tekijöillä kuten vanhempien reagoinnilla lapsen käytökseen voi olla merkitystä ADHD:n vaikeusasteessa. Myös perinnöllisillä tekijöillä on merkitystä ja siihen liittyvistä tutkimuksista saadaan mahdollisesti lisää vastauksia lähivuosina. Käypä hoito -suosituksen (2013)



mukaan perinnöllisillä tekijöillä on todettu olevan 60 - 90 %:en alttius lapsuus- ja nuoruusiän esiintyvyydessä.

Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotolla käyvillä lapsilla ja nuorilla on joko ADHD tai ADD. Tässä tutkimuksessa selvitetään sekä ADHD:tä että ADD:tä erikseen. Näiden kahden diagnoosin välillä ei kuitenkaan ole merkitystä tämän tutkimuksen tuloksia ajatellen.

## 2.1 ADHD:n ja ADD:n oireet

ADHD:n keskeisiä oireita ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus (Voutilainen & Puustjärvi 2014, 72). ADHD:n oireet esiintyvät jo usein lapsuudessa ja oireet ovat usein pysyviä. Ihmisen henkilökohtaiset tekijät itsessä ja ympäristössä kuitenkin vaikuttavat oireiden esiintuloon ja voimakkuuteen. Samoja oireita voi esiintyä useilla eri ihmisillä ilman diagnoosia. ADHD-diagnoosin saaneilla ihmisillä oireita on kuitenkin enemmän kuin saman ikäisillä ihmisillä tavallisesti. (Moilanen 2012a, 35.)

Tarkkaamattomuuden oireet tulevat esille lyhytjänteisyytenä koulutehtävien tekemisessä, tehtävien ja ohjeiden noudattamattomuutena sekä kyvyttömyytenä organisoida tehtäviä. Lisäksi voi olla vaikeutta keskittyä asioihin ulkopuolisten ärsykkeiden vuoksi. Ylivilkkaus ilmenee kouluikäisillä muun muassa paikallaan olemisen vaikeutena, äänekkyytenä ja vaikeutena toimia tilanteessa mikä edellyttää rauhallisuutta. Unohtelu ja huolimattomuus ovat myös tyypillisiä oireita. Impulsiivisuus ilmenee usein vaikeutena odottaa omaa vuoroaan erilaisissa tilanteissa tai keskustellessa toisten kanssa, lapsi vastaa ennen omaa vuoroaan. Sosiaalisten suhteiden vaikeus lievittyy usein iän myötä. (Moilanen 2012a, 35–36.) Vaikka impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus vähenevät iän myötä, niin vaatimustaso kasvaa ja voi aiheuttaa nuorella sisäistä levottomuutta. (Voutilainen & Puustjärvi 2014, 74).

ADD:n tyypillisenä oireena mainitaan toiminnan hitaus. Se ilmenee toiminnan aloittamisen vaikeutena, toiminnan ylläpitämisen sekä ohjaamisen vaikeutena. Toiminta voi olla lisäksi poukkoilevaa ja suunnittelematonta. Lisäksi keskittymiskyvyn puute on tyypillistä. Se ilmenee kuitenkin niin, että mielenkiintoiseen asiaan keskittyminen onnistuu yleensä erityisen hyvin. Kun taas ikäviin tai työ-

läisiin asioihin keskittyminen on huomattavasti vaikeampaa. Lisäksi kahdenkeskisen keskustelu onnistuu usein, mutta useamman ihmisen läsnäollessa keskittyminen herpaantuu. (Leppämäki 2012, 47–48.)

## 2.2 ADHD:n ja ADD:n diagnosointi

ADHD-diagnoosi edellyttää lapsen tai nuoren riittävän kattavaa anamneesia, kliinistä tutkimusta sekä ympäristötekijöiden kartoitusta, mitkä vaikuttavat ADHD:n oireisiin (Voutilainen & Puustjärvi 2014, 74). ADHD-diagnosointi on laaja-alainen arvio eri ihmisten mielipiteitä. Moniammatillinen työryhmä on usein ADHD-diagnoosin takana. On tärkeää, että tietoa saadaan lapsen kanssa eri tilanteissa toimineilta henkilöiltä muun muassa koulusta, kotoa tai vastaanoton henkilökunnalta. Lisäksi fysioterapeutin, toimintaterapeutin tai puheterapeutin arvio voi olla tärkeä koko hoidon kannalta. (Moilanen 2012b, 138.)

Kun vanhemmilla tai päiväkodin tai koulun henkilökunnalla herää huoli lapsen oireista, oireiden arviointi on tällöin tarpeen. Lapsen ADHD-oireet ilmenevät usein jo ennen kouluikää. (Käypä hoito -suositus 2013.) Lahtisen (2014, 43) pro gradu- tutkielmassa ilmenee, että lähes puolet lapsista oli saanut diagnosoita päiväkotikäisensä. Kun taas alakoulun ensimmäisillä luokilla ADHD-diagnoosin oli saanut reilu kolmannes lapsista. Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan ADHD-diagnosointi voidaan tehdä perusterveydenhuollossa yli 6-vuotiaille lapsille/ nuorille lievissä tai keskivaikeissa tapauksissa. Tai erikoissairaanhoidossa jos lapsella on lisäksi runsaasti neurologisia tai psyykkisiä oireita.

Suomessa on käytössä ICD-10-tautiluokituksen (liite 1) aktiivisuuden ja tarkkaavuuden diagnoosikriteeristö. Tätä kutsutaan myös hyperkineettiseksi häiriöksi (hyperkinetic disorder, HKD). DSM-luokitusta käytetään taas kirjallisuudessa, tieteellisessä tutkimusnäytössä sekä Yhdysvalloissa ADHD-määritelmien tekemiseen. (Käypä hoito -suositus 2013.)

ADHD-diagnoosi perustuu laaja-alaiseen arvioon keskeisimpien oireiden arvioinnista. ICD-10-tautiluokituksen mukaan poikkeavuuksia tulee esiintyä keskittymiskyvyttömyydessä, hyperaktiivisuudessa ja levottomuudessa. Oireiden tu-

lee olla laaja-alaisia ja pitkäkestoisia eivätkä johdu muista häiriöistä. Diagnostiset oireet tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa ja oireiden tulee aiheuttaa merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvää tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä. Diagnoosia ei myöskään saa olla maanisesta tai depressiivisestä jaksosta, ahdistuneisuushäiriöstä tai laaja-alaisesta kehityshäiriöstä. Lisäksi häiriön tulisi alkaa viimeistään 7-vuotiaana (Kriteerit tautiluokituksen mukaan).

ADD-diagnosointi viivästyy usein. Ylivilkkauden ja impulsiivisuuden puuttuminen edesauttaa koulutyöskentelyä jolloin häiriökäyttäytymisen esiintyminen koulussa on vähäistä. ADD-oireisilla on todettu lisäksi olevan enemmän ahdistuneisuutta sekä masennusta, mikä vaikeuttaa osaltaan diagnosointia. (Leppämäki 2012, 47.) ADD-diagnoosi luokitellaan ICD-10-tautiluokituksessa tarkkaamattomuus- kriteereitä noudattaen, ilman hyperaktiivisuutta ja impulsiivisuutta (THL 2012, 301). Kun taas DSM-luokituksen mukaan tarkkaamattomuusoireiden lisäksi saa esiintyä joitakin yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireita, mutta vähemmän kuin diagnoosikriteereissä on mainittu (Puustjärvi 2013).

### 2.3 ADHD:n ja ADD:n hoito

ADHD:n hoitoon käytetään psykososiaalisia eli lääkkeettömiä hoitomuotoja sekä lääkehoitoa. ADHD:n hoito on yksilöllistä ja jokainen lapsi ja nuori saa yksilöllisen tarpeen mukaista hoitoa. ADHD:n hoitoon kuuluvat aina potilas- ja omaisneuvonta sekä yksilölliset tuki- ja hoitomuodot. Tukitoimet tulisi aloittaa mahdollisimman pian oireiden alettua, kun lapsella tai nuorella on havaittu oppimis- tai toimintakyvyn ongelmia. Tukitoimien aloittaminen ei vaadi ADHD-diagnoosia. Lääkehoidolla on kuitenkin todettu olevan eniten lapsen tai nuoren toimintakykyä parantava vaikutus (Käypä hoito -suositus 2013.) ADD:n hoidossa käytetään sekä lääkkeetöntä että lääkkeellistä hoitoa (Leppämäki 2012, 49).

### 2.3.1 Psykososiaalinen hoito

Erilaiset psykososiaaliset hoidot ovat lapseen tai perheeseen kohdistuvia lääkkeitömiä hoitoja. Tavallisimpia psykososiaalisia hoitomuotoja ovat muun muassa vanhempainohjaus, tukitoimet koulussa, käyttäytymishoito kotona tai koulussa, psykoterapia, toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus, ADHD-valmennus, sopeutumisvalmennuskurssi sekä vertaistuki. (Moilanen 2012b, 147.) Hoitomuotojen valintaan vaikuttavat lapsen tai nuoren oireet, ikä, elämäntilanne, tuen tarpeet, omat voimavarat ja selviytymisstrategiat, sosiaalisen ympäristön tuki, sekä olemassa olevat resurssit. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95.)

Tiedon ja ohjauksen antaminen eli psykoedukaatio on tärkeää ADHD-diagnoosin saaneelle sekä heidän läheisilleen. Asiakkaan ja hänen läheisten on tärkeää saada tietoa ADHD:n oireista, erilaisista hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista sekä arjen sujuvuuteen liittyvistä asioista. Tiedon jakamista tapahtuu mm. keskustelemalla tai kirjallisen tai sähköisen tiedon avulla. Tiedon saamisella on hyvinvointia tukevia vaikutuksia. Tiedonvälitys tulee olla joustavaa asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Vastavuoroisuuteen kuuluu toisen kuunteleminen sekä ajatusten vaihtaminen. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95–97.)

Vanhempainohjaus on tavallisesti ryhmäohjauksena tapahtuvaa toimintaa. Toiminnan tarkoituksena on auttaa vanhempia ymmärtämään paremmin lapsen tai nuoren käytöstä sekä siihen johtavia ja siitä seuraavia asioita. Tavoitteena on, että vanhemmat saavat tietoa lapsen tai nuoren käytösoireiden kohtaamiseen. Tällöin vanhemmilla on myös taitoa kohdata lapsi tai nuori niin, että sillä on myönteinen vaikutus oireisiin. (Moilanen 2012b, 147.)

Kouluikäisen lapsen kohdalla koulun tukitoimet kuten erilaiset käyttäytymissäännöt ja positiivinen palaute auttavat ADHD-oireisen lapsen selviytymistä koulussa. Koulujärjestelyt suunnitellaan aina yksilöllisen tarpeen mukaisesti. (Moilanen 2012b, 147.) Tukitoimet aloitetaan yhteistyössä perheen kanssa ja ennen kuin lapsi tai nuori saa ADHD- tai ADD-diagnoosin. Tukitoimien tarve on huomioitava aina yksilöllisesti. Tukitoimilla tarkoitetaan muun muassa koulun yksilöllistä pedagogista suunnitelmaa oppimisen tueksi, vanhemmille annettavaa ohjausta ADHD tai ADD-lapsen tai -nuoren ohjauksen tarpeesta.

Tarvittaessa voidaan antaa psykologin, toiminta- tai puheterapeutin ja fysioterapeutin toteuttamaa kuntoutusta. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Käyttäytymishoidolla tarkoitetaan arjessa tapahtuvien tilanteiden ohjaamista oikeaan suuntaan. Hoidon toteutumisen kannalta tämä edellyttää sovittujen sääntöjen noudattamista sekä kotona että koulussa. Tämä edellyttää hyvää tiedonkulkua. (Moilanen 2012b, 148.)

Jos lapsella tai nuorella on merkittäviä toiminnanohjaus- tai oppimisvaikeuksia, voidaan lapsi tai nuori ohjata neuropsykologiseen kuntoukseen. Neuropsykologisen kuntouksen saaminen Suomessa saattaa olla haastavaa, kuntoutuksen saamisen rajallisuudesta ja epätasaisuudesta johtuen. Sosiaalitoimen kautta tuen saa esimerkiksi tukiperheen tai perhetyöntekijän muodossa. Jos tukitoimet eivät poista lapsen tai nuoren oireilua, ohjataan perhe lääkärin vastaanotolle ja lapsen tai nuoren tilannetta pohditaan moniammatillisessa tiimissä. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Vertaistuellla tarkoitetaan tuen saamista samassa elämäntilanteessa olevilta henkilöiltä. Vertaistukeen kuuluu myös kokemusten jakamista. Erilaisten tunteiden ilmaiseminen ja ymmärtäminen on helpompaa kun ihmisillä on kokemusta samanlaisista tunteista. Myös Itsetuntemus lisääntyy kun asioita voi käsitellä yhdessä toisten kanssa. (Koivunen & Pajunen 2012, 118, 120.) Kippola-Pääkkösen (2011, 35, 43) pro gradu -tutkielman mukaan ADHD tai ADD-oireisen lapsen tai nuoren vanhemmat ovat kokeneet saavansa hyötyä arjessa jaksamiseen vertaistuesta. Vertaistuen koetaan edistäneen myös ADHD tai ADD-oireisen hyvinvointia. Kolmannen sektorin eli ADHD-yhdistyksen vertaistukitoiminnalla on tutkimuksen mukaan tärkeä merkitys vastaajien elämässä, muiden tukitoimien ja palveluiden rinnalla. Myös varhainen ja konkreettinen apu arkeen sekä koko perheen huomioiminen koetaan tärkeänä. Erityisesti asiakkaan kokonaistilanteen huomioimisessa koetaan puutteita. Heikkilän (2009, 96) tutkimuksen mukaan sopeutumisvalmennuskurssilla saadusta vertaistuesta on pelkästään positiivisia kokemuksia.

### 2.3.2 Lääkehoito

Lääkehoitoa voidaan käyttää 6-vuotiailla ja sitä vanhemmilla lapsilla. Lääkehoito voidaan aloittaa psykososiaalisten hoitojen kanssa samaan aikaan tai

silloin kun erilaisista tukitoimista ei ole ollut apua. Lääkehoidon tehosta on myös vahvin tutkimusnäyttö. (Käypä hoito -suositus 2013.) Sandbergin (2012, 81) sekä Lahtisen (2014, 48) pro gradu -tutkielmissa ilmenee, että lapsen lääkityksellä on merkittävä hyöty koko perheen jaksamiseen. Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotolla käyvillä lapsilla ja nuorilla kaikilla on lääkitys.

Lahtisen (2014, 47–48) tutkielman mukaan suurin syy lääkityksen aloittamiseen oli koulussa pärjääminen. Lisäksi lapsen lääkityksellä koetaan olevan positiivisia vaikutuksia vanhempien stressin vähenemiseen, koko perhettä ajatellen. Myös Korhosen (2006, 50–51) pro gradu -tutkielmassa ilmenee, että tärkein syy lääkityksen käyttöön on lapsen parempi keskittyminen koulussa. Lisäksi lapsen oma kontrollointi sekä käytös on parempaa lääkityksen aikana. Samassa tutkimuksessa verrataan ADHD-diagnoosin saaneita lapsia, joilla osalla oli lääkitys ja osalla ei. Tutkimuksessa ilmenee, että keskittyminen, koulumenestys ja käyttäytyminen olivat huomattavasti parempaa lääkkeitä käyttävillä lapsilla.

Islannissa tehdyn tutkimuksen mukaan ajoissa aloitettu ADHD tai ADD-lääkitys pienentää riskiä koulumenetyksen laskuun. Tutkimus tehtiin 9–12-vuotiaille lapsille. Tutkimuksen mukaan tytöt hyötyivät lääkkeen käytöstä selvästi matematiikassa ja pojat sekä matematiikassa että kieliopinnoissa. Islannissa metyylyfenidaatin käyttö ADHD:n hoitoon on yleisempää kuin muualla Euroopassa. (Zoëga, Rothman, Huybrechts, Ólafsson, Baldursson, Almarsdóttir, Jónsdóttir, Halldórsson, Hernández-Díaz & Valdimarsdóttir, 2012, 58–59.)

Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan lääkehoidon voi aloittaa lastenlääkäri tai -neurologi, lasten- tai nuorisopsykiatri tai muu lasten fyysiseen tai psyykkiseen ja ADHD-hoitoon perehtynyt lääkäri. Hoidon on oltava johdonmukaista ja sitä on seurattava 3–6 kk:n välein tehtävillä seurantakäynneillä. Kokonaistilanteen lisäksi huomioidaan lääkkeen tarve ja lääkkeen riittävyys. Hyvässä hoitotasapainossa ollessaan voi pitää lääketaukoja, jolloin voidaan arvioida lääkkeen tarvetta eri tilanteissa mm. kotona ja koulussa.

Metyylifenidaatti (MPH) on yleisin käytetty lääke ADHD:n hoidossa. Sitä on lyhyt-, keskipitkä- sekä pitkävaikutteista muotoa. Lääkemuoto valitaan yksilöllisen tarpeen mukaan, siten, että lääkkeen vaikutusajasta saadaan suurin hyöty lapsen tai nuoren oireille. Lääkettä voi käyttää ilman taukoja tai tauottaa tarpeen mukaan, kuten silloin kun keskittymistä ei niinkään vaadita. Stimulantit

ovat usein hyvin siedettyjä keskushermostoa virkistäviä lääkkeitä. Tavallisempia haittavaikutuksia ovat ruokahaluttomuus, vatsakipu, päänsärky, tunneherkkyys, unihäiriöt, verenpainen nousu tai pulssin kiihtyminen. (Moilanen 2012c, 90.) Toinen paljon käytetty lääke on atomoksetiini. Lääkkeen teho on ympäri-vuorokautista ja sen vaikutuksen alkaminen näkyy vasta 2–6 viikon kuluttua käytön alkamisesta. Haittavaikutuksia lääkityksen alussa ovat vatsavaivat, väsymys, uneliaisuus, verenpaineen nousu tai pulssin kiihtyminen. Kela-korvauksen saaminen tähän lääkkeeseen vaatii selvityksen siitä, että metyyli-fenidaatti ei ole tuottanut toivottua hoidossa tulosta tai se ei muusta syystä sovi henkilölle. (Moilanen 2012c, 90.) Lahtisen (2014, 50) tutkimuksessa n. 90 % vastaajista kokee saavansa tarpeeksi tietoa lääkkeen sivuvaikutuksista.

ADD:n hoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin ADHD:n hoidossa. Lääkkeet helpottavat ADD:n oireita, jolloin uusien toimintatapojen oppiminen on helpompaa. Tutkimuksia ADD:n lääkehoidosta ei kuitenkaan ole, toisin kuin ADHD:n lääkehoidosta. Lääkehoitona stimulantteihin kuuluvaa metyyli-fenidaattia sekä ei- stimulantteihin kuuluvia bupropionia sekä atomoksetiinia käytetään ADD:n hoitodossa. (Leppämäki 2012, 49.)

## 2.4 Kelan etuudet

Suomalaisen sosiaaliturvan tavoitteena on taata kaikille ihmisille riittävä perusturva kaikenlaisissa elämäntilanteissa. ADHD-oireisen lapsen ja nuoren on mahdollista saada tukea diagnoosin aiheuttamien oireiden ja taloudellisen tilanteen tueksi. Lapsille ja nuorille kohdistettuja tukia ovat muun muassa alle 16-vuotiaan vammaistuki, yli 16-vuotiaan vammaistuki tai kuntoutusraha, erityishoitoraha tai maksukatot, kuten matkakorvaukset tai lääkkeiden omavastuut. (Tietoa sosiaaliturvasta.)

Alle 16-vuotiaan vammaistukea on mahdollisuus hakea silloin, kun sairaan tai vammaisen lapsen hoidosta on puolen vuoden ajan aiheutunut tavallista enemmän rasitusta perheelle kuin samanikäisen lapsen kanssa tavallisesti. Tuki on porrastettu kolmeen eri ryhmään lapsesta aiheutuneen taloudellisen tai muun rasituksen mukaan. Monissa sairauksissa lapsen aiheuttama rasitus voi iän myötä muuttua ja sen vuoksi vammaistukea voi saada määräajaksi tai siihen saakka kunnes lapsi täyttää 16-vuotta. (Kela 2012a.) Heikkilän (2009,

83) opinnäytetyössä selvitetään ADHD-liiton sopeutumisvalmennuskurssilla olevien 5–10-vuotiaiden vanhempien kokemuksia arjesta ja tukipalveluista. Tutkimuksessa ilmenee, että 72:stä perheestä 49 perhettä sai alle 16-vuotiaan vammaistukea. Etelä-Suomen alueella 77 % lapsista sai alle 16-vuotiaan vammaistukea. Läänien välillä ilmenee eroja.

Kelan määritelmän mukaan yli 16-vuotiaan vammaistukea on mahdollista hakea yli 16-vuotiaat. Se on tarkoitettu helpottamaan sairaan tai vammaisen selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, työssä ja opiskelussa. Tuen saajalla tulee ilmetä haittaa, avuntarvetta tai ohjauksen tai valvonnan tarvetta. Tuen saaminen edellyttää toimintakyvyn alenemista, jolloin oireita tai haittaa on ollut nähtävissä vähintään vuoden ajan. (Kela 2012b.)

Lahtisen (2014, 53) tutkielmassa ilmenee, että Kelan etuuksien hakeminen jää liikaa vanhempien vastuulle. Kippola-Pääkkösen (2011, 45) tutkielmassa muun muassa kelan vammaistukeen toivottiin parannusta taloudelliseen tukeen liittyen. Lisäksi sopeutumisvalmennuskurssit koettiin hyvinvointia lisääväksi tekijäksi. Myös Heikkilän (2009, 97) tutkimuksen mukaan vanhemmat kaipaavat taloudellista tukea Kelan tukiin liittyen.

Sopeutumisvalmennuskurssille tai perhekuntoutukseen on mahdollista saada kuntoutusrahaa kuntoutuksen ajaksi. Sitä voi saada myös omainen, kuntoutuksen ajalta. (Kuntoutusraha.) Nuoren kuntoutusrahaa voi hakea 16–19-vuotias kun sairaus tai vamma on heikentänyt nuoren työkykyä tai mahdollisuutta valita ammattia. Lisäksi jos nuori tarvitsee erityisiä tukitoimia opiskelussa tai kuntoutuksessa. Kuntoutuksen tulee perustua henkilökohtaiseen opiskelu- ja kuntoutussuunnitelmaan mikä tehdään yhdessä huoltajan kanssa. (Kela 2015.)

### 3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Eri ammattiryhmien yhteistyöstä on aloitettu käyttämään Suomessa nimikettä moniammatillinen yhteistyö 1990-luvulla. Moniammatillisessa yhteistyössä eri asiantuntijat tekevät yhdessä päätöksiä tai ratkaisevat ongelmia päästäkseen



yhteiseen tavoitteeseen. Tavoitteena on koota asiakkaan asiat asiakaslähtöisesti yhteen ja luoda yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelman ratkaisusta. Tarvittaessa keskustelussa on läsnä myös asiakas tai hänen läheinen. Yhteisen kielen löytäminen eri asiantuntijoiden kesken on erityisen tärkeää, jotta asia saadaan kaikkien ymmärrettäväksi. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä asemassa tiedon kokoamisessa. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33–34.)

Yhteistyö on ollut hyvin keskeisenä tekijänä ihmisen kehityksessä. Yhteistyön tavoite on tunnistaa ja saavuttaa yhteinen tavoite. Sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutustaidot korostuvat onnistuneessa yhteistyössä. Sosiaali- ja terveystalalla on tarvetta enenevässä määrin kehittyneisiin yhteistyön muotoihin. Asiakkailla on suuri tarve ja tahto, että heidät kohdataan kokonaisvaltaisesti yksilöinä ja että heidän hyväkseen käytetään eri asiantuntijoita. Moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan asiakaslähtöistä yhteistyötä, jossa eri alojen ja eri organisaatioiden asiantuntijat tekevät yhteistä työtä asiakkaan edun mukaisesti. (Isoherranen ym. 2008, 28–29.)

Ihmisen kokonaisuutta voidaan ajatella kokonaisvaltaisesti niin, että joka osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Eri osa-alueiden tukeminen ja hoitaminen jää helposti vaillinaiseksi, jos ei oteta koko kokonaisuutta huomioon. Vaikka moniammatillisessa työryhmässä toimitaan tiiminä, niin moniammatillinen työskentely tarkoittaa laajempaa kokonaisuutta kuin moniammatillinen tiimityö. Tiiminä työskentely tuo verrattuna rinnakkaiseen työskentelyyn monitahoisempaa lisäpanosta sekä mahdollistaa asiakaslähtöiseen toimintatapaan. (Isoherranen ym. 2008, 30, 35.)

Isoherrasen (2012, 30) mukaan nykykehityksen suunta on se, että asiakkaat haluavat enenevässä määrin vaikuttaa hoitoonsa ja heillä on tietoa eri vaihtoehtoista. Asiakkailla on myös mahdollisuus hakea tietoa tietotekniikan avulla enemmän kuin ennen. Työntekijän kohtaamat ongelmat muuttuvat koko ajan monimutkaisemmiksi ja sen myötä eri ryhmien ammattilaiset tarvitsevat toisiaan asioiden ratkaisemiseksi asiakkaan edun mukaisesti.

Moniammatillista yhteistyötä voivat vaikeuttaa monet eri asiat. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus saattavat estää yhteistyön kokonaan. Henkilöstön vaihtuminen, pitkät poissaolot tai yhteisen ajan ja resurssien puute on myös vaikeut-

tava tekijä hyvin onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle. Moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle on tärkeää, että osallistujilla on selkeä tavoite ja päämäärä sekä toimiva yhteistyö. Työntekijöiden moniammatillisuutta parantaa koulutusmahdollisuudet ja aika perehtyä asioihin. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2012, 96–97.)

Moniammatillisen yhteistyön vahvistamisella on monia hyviä vaikutuksia mm. potilasturvallisuuden edistämiseen ja työhyvinvoinnin paranemiseen. Se vahvistaa myös asiakaslähtöistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Moniammatillisen työn toteutuminen terveydenhuollossa vaihtelee. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, 31.) Moniammatillinen yhteistyö, missä terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät yhteistyötä on tavallisin sisäinen toimintamalli. Siinä kummatkin osapuolet luovat uutta, tuomalla esille oman osaamisensa. (Honkanen & Mellin 2014, 99.)

Leinonen, Matikainen, Pieskä ja Pörhölä (2012, 46) toteavat opinnäytetyössään, että moniammatillisesta yhteistyöstä hyötyvät sekä työntekijät että asiakkaat. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna hän saa avun nopeammin ja yhdestä paikasta. Työntekijän etuna on vastuun jakaminen muiden työntekijöiden kanssa ja näin myös työ ei tunnu liian raskaalta. Jos työntekijät tuntevat toisensa ennalta moniammatillinen yhteistyö tehostuu, koska silloin tunnetaan toisten työskentelytavat ja toiselta on helpompi kysyä neuvoa eri asioista. Työntekijöiden tuttuus vaikuttaa myös asiakkaan luotettavuuteen hänen asioidensa hoidossa.

#### 4 KOUVOLAN ADHD/ADD-VASTAANOTTO JA CAREAN HOITOMALLI ADHD:N JA ADD:N HOIDOSSA

Kouvolassa on toiminut vuodesta 2011 lähtien ADHD/ADD-lääkityskontrollivastaanotto 7–18-vuotiaille lapsille ja nuorille. Vastaanotolla käyvät ne lapset ja nuoret, joilla on aloitettu lääkitys aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön Carean lastenneurologian poliklinikalla, lasten psykiatrian poliklinikalla tai nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Lääke- ja vointikontrollin tekeminen terveyskeskuksessa on mahdollista, kun kyseessä on komplisoitumaton ja hyvän hoitotapainon saavuttanut potilas. Lääkitys edellyttää säännöllistä kasvun, voimien

ja verenpaineen seuranta. Perusterveydenhuollossa kontrollit saadaan lähemmäksi koululaisen ja hänen perheensä arkea ja yhteistyö kouluterveydenhuollon ja muun oppilashuollon kanssa on sujuvaa. Keskitetty toiminta mahdollistaa yhdenmukaisen ja laadukkaan toiminnan. Asiakasmäärä oli toiminnan alkaessa 30 asiakasperhettä. Tällä hetkellä asiakasperheitä on noin 80. (Nyström 2015.)

Kouvolan vastaanotolla työskentelee kaksi työntekijää; lääkäri ja terveydenhoitaja. Henkilökunta on pysynyt samana koko vastaanottotoiminnan ajan eli noin 4 vuotta. Vastaanotto on kaksi kertaa kuukaudessa; parittomien viikkojen torstaina. Vastaanottoaikaan on varattu 45 minuuttia. Kontrollit ovat tavallisesti 6 kuukauden välein. Lapsen tai nuoren ja perheen tapaamisessa on aina paikalla sekä lääkäri että terveydenhoitaja. Tapaamisessa keskustellaan lapsen tai nuoren voinnista sekä perheen tilanteesta monipuolisesti. Tarvittaessa lääkitykseen tehdään muutoksia. Jokaisella käynnillä tarkistetaan lapsen tai nuoren kasvu sekä mitataan verenpaine. Kontrollikäyntiä varten huoltaja pyytää luokanopettajan tai luokanvalvojan kirjallista tai suullista palautetta lapsen tai nuoren koulunkäynnin sujumisesta. Terveydenhoitajalla ei ole erillistä soittoaikaa vaan hän vastaa asiakkaiden puheluihin oman kouluterveydenhoitajan työnsä ohessa. Ajanvaraus vastaanotolle tapahtuu kutsukirjeellä kotiin noin kaksi viikkoa ennen vastaanottoaika. Vastaanotolle on suunnitteilla internet-ajanvaraus, jossa asiakkaat voivat itse varata ajan vastaanotolle. (Nyström 2015.)

Vastaanoton tilat sijaitsevat Kouvolan pääterveysasemalla Hattu-kehitysneuvolan tiloissa. Odotustilassa on sohva ja erillinen lasten leikkihuone, jossa on leluja ja luettavaa aikuisille ja lapsille. Odotustilan ilmoitustaululla on tietoa ADHD:stä ja ADD:stä ja niihin liittyvistä asioista. Autojen pysäköintitila on yhteinen terveysaseman muiden asiakkaiden kanssa. (Nyström 2015.)

ADHD-liitolla on jäsenyhdistyksiä, joissa toimii vertaistukiryhmiä. Ryhmien tarkoituksena on jakaa tukea, neuvoja ja kokemuksia arjen tueksi (Liitto). Kymenlaakson AADA ry toimii ADHD-yhdistyksen jäsenyhdistyksenä. Yhdistyksellä on vertaistukitoimintaa jäsenilleen ja heidän perheilleen kuten retkiä, erilaisia tapahtumia ja ryhmiä. Kouvolassa toimivia vertaistukiryhmiä on erikseen alle

kouluikäisille ja alakouluikäisille, yläkouluikäisille sekä aikuisille tarkoitetut ryhmät. Kouvolassa tapaamiset ovat kerran kuukaudessa kaikissa ryhmissä. (AADA 2013.)

Carea määrittelee hoitoketjun seuraavasti: *Hoitoketju koskee potilaita tai potilasryhmiä joita hoidetaan sekä erikoissairaanhoidossa, että perusterveydenhuollossa mukaan lukien yksityissektori. Hoitoketju on yhdessä tehty sopimus siitä miten tietyn sairauden tai terveysongelman hoito järjestetään. Tavoite on hoidon ja työnjaon selkiyttäminen: kuka tekee tietyn taudin tai oireyhtymän ehkäisyyn, diagnostiikkaan, hoitoon ja kuntoutukseen kuuluvat asiat ja missä. Tavoitteena on, että hoito on yhtenäistä ja hoitopaikkojen välillä saumatonta.* (Hoitoketjut.)

Honkanen ja Mellin (2014, 101–102) toteavat, että hoitoketju liittyy oleellisenä osana moniammatilliseen toimintaan. Hoidon ja palvelun toimiva porrastus on taas oleellinen osa palvelun laatua. Sairaanhoitopiirin sisällä olevat kirjalliset diagnostiset hoitoketjut tukevat hoidon porrastusta. Hoitoketjun tärkeimpänä tavoitteena on luoda toimiva kokonaisuus, niin, että asiakkaan etu ja hoitoketjuun liittyvät eri tahot ovat tasapainossa keskenään. Eri tahojen voimavaroja tulisikin hyödyntää niin, että asiakas olisi oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Käypä hoidon (2013) mukaan ADHD-diagnosointi tapahtuu pääasiassa perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta sovitaan paikallisen hoitoketjun mukaisesti. Paikallisessa hoitoketjussa täytyy tulla ilmi muun muassa missä ja miten diagnosointi, tukitoimet, hoito ja seuranta järjestetään.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carealla on olemassa lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden hoitomalli (liite 2). Juuri päivitetyn hoitoketjun mukaan siihen sisältyy sekä ADHD, että ADD-diagnoosi kuten aiemmassakin Carean hoitomallissa (2013). Hoitoketjun tavoitteena on työnjaon selkiyttäminen lasten ja nuorten tutkimuksessa ja hoidossa. Lisäksi tavoitteena on hoidon ja kuntoutuksen mahdollisimman varhainen aloittaminen ja kehityksen tukeminen ennaltaehkäisevässä merkityksessä. Tiedon, neuvonnan, ohjauksen ja tuen antaminen lapsille, nuorille, heidän perheilleen sekä lähi-ihmisille, samoin kuin heidän voimavarojen tukeminen on hoitoketjun tavoitteena. (Carea 2015.)

Epäily ADHD:stä voi ilmetä jo ennen kouluikää. Tukitoimet aloitetaan aina viipymättä. Moniammatillinen yhteistyö toimii sovitusti eri sektoreiden välillä kuten terveydenhuollon, sosiaalitoimen, ja koulun välillä. Tarvittaessa lapsi tai nuori ohjataan erikoisairaanhoidon konsultaatioon. Erikoissairaanhoidon on aiheutta tehdä lähete silloin, kun tukitoimista huolimatta ongelmat lapsen tai nuoren kohdalla jatkuvat tai kun kyseessä on lääkityksen harkinta ja perusterveydenhuollossa ei ole hoitoon perehtynyttä lääkärinä. Tai, kun lapsella tai nuorella ilmenee merkittäviä psyykkisiä häiriöitä. Lapsen ja nuoren kehityksen tukemiseksi laaditaan kirjallinen suunnitelma yhdessä vanhempien kanssa. Diagnoosi voidaan tehdä perusterveydenhuollossa ICD-10-tautiluokitusta käyttäen sekä tarvittaessa lapsen tai nuoren vointia seuraten. Tällöin on hyvä olla tietoa myös mahdollisimman laajasti muilta lapsen tunteneilta ja hoitaneilta henkilöiltä. Vammaistukihakemus sekä nuoren kuntoutusraha-hakemus voidaan tehdä perusterveydenhuollossa. (Carea 2015.)

Piilikangas-Muotion (2015, 20–21) opinnäytetyössä oli verrattu viittä eri ADHD-hoitopolku-mallia käypä hoito -suositukseen, jossa yhtenä hoitopolkuna oli Carean malli vuodelta 2013. Tutkimuksessa ilmenee, että Carean hoitopolku on perhekeskeinen ja siinä on kuntouttava näkökulma. Siinä lapsi ja hänen perheensä osallistuu hoidon suunnitteluun sekä toteutukseen yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa.

## 5 ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Terveydenhuollon palveluita käyttävästä henkilöstä käytetään käsitettä asiakas tai potilas. Tässä opinnäytetyössä puhutaan asiakastyytyväisyydestä, joten siinä käytetään sanaa asiakas. Asiakkaan asemaa terveydenhuollossa turvaavat monet lait ja säädökset. Suomen perustuslaissa (731/1999) ja useissa muissa laeissa olevilla säännöksillä pyritään varmistamaan asiakkaiden hyvä kohtelu. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 68; Stenvall & Virtanen 2012, 144). Asiakkaan tyytyväisyys hoitonsa toteutuu, jos se vastaa hänen ennako-odotuksiaan sekä aikaisempia kokemuksiaan.

Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat myös asiakkaan kohtelu sekä hoidon asiantuntijuus ja pätevyys. Asiakkaalle on tärkeää saada riittävästi tietoa siitä, mikä häntä vaivaa. Asiakkaan ja heidän omaisten on saatava mahdollisuus

osallistua hoitoon sekä tiedotettava heitä hoitoa koskevista asioista. Kun näiden lisäksi hoito on huolellisesti suunniteltu, turvallisesti toteutettu sekä hoidon tuloksia seurattu ja arvioitu, hoitoa voi sanoa korkeatasoiseksi terveyden- ja sairaanhoidoksi. (Kotisaari & Kukkola 2012, 51).

Simolan ja Raudan (2008, 5) tutkimuksen mukaan asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan asiakkaan tunnetilaa ja tyytymistä. Tyytyväisyys-käsitettä on käytetty terveydenhuollossa asiakas- ja tyytyväisyyskyselyjen yhteydessä, ja sen käyttö on alkanut jo 1950-luvulta lähtien. Asiakastyytyväisyyteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, koska eri tutkimukset ovat osoittaneet asiakastyytyväisyyden mittaamisen olevan yksi tärkeimmistä hoitotyön laatua mittaavista tekijöistä. Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan asiakaskokemuksen myönteistä tunnereaktiota.

Asiakastyytyväisyyttä voidaan kartoittaa esimerkiksi asiakastyytyväisyystutkimuksen avulla. Asiakastyytyväisyystutkimuksessa on tarkoitus mitata asiakkaan kokemuksia, odotuksia ja niiden toteutumista sekä saada asiakkaan mielipiteitä vastaanottokäynnin laadusta. Asiakastyytyväisyyttä voidaan mitata seuraavilla asioilla: yhteydenotto, ilmoittautuminen, tilojen viihtyisyys sekä työntekijöiden ammattitaito kuten käytös, tiedonsaanti ja vuorovaikutus. Palautteena on tarkoitus saada asiakkailta kiitoksia, moitteita, toiveita ja kehittämisehdotuksia. (Bergström & Leppänen 2011, 370; Kotisaari & Kukkola 2012 70.)

Sosiaali- ja terveystalvaeluita pyritään kehittämään laajoilla asiakastyytyväisyyskyselyillä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee yhteistyössä terveyskeskusten kanssa kahden vuoden välein laajoja asiakastyytyväisyyskyselyjä. Kyselyyn osallistuvat esimerkiksi terveyskeskuksessa lääkärin tai hoitajan vastaanotolla käyvät asiakkaat. THL on tehnyt ensimmäiset laajat kyselyt vuonna 2014 ja ne kohdistuivat neuvolatoimintaan 50 suurimmassa kaupungissa. Seuraava kysely toteutetaan vuonna 2016 laajentaen sen koko maahan. Kyselyjen avulla pystytään myös kartoittamaan palvelujärjestelmän muutosta asiakkaan näkökulmasta. (Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin.)

Lahtinen (2014, 53, 56, 65) on tutkinut koko Suomen laajuisesti vanhempien kokemuksia lasten ADHD-lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta. Van-

hemmista vähän yli puolet olivat tyytymättömiä tässä tutkimuksessa ammatti-  
laisten toimintaan. Hoidon suhteen sekä kuntoutuksen saamisessa ei ollut ti-  
lastollisia eroja läänien väleillä. Tutkijan mukaan haasteita kuitenkin aiheuttaa  
saada hoitokäytännöt sekä palveluiden saatavuus yhdenmukaistettua. Vas-  
taanottokäyntien tiheydessä oli suuria eroja. Tutkimuksen mukaan osa per-  
heistä kävi vastaanotolla kerran vuodessa tai harvemmin, mikä on ristiriidassa  
käypä hoitosuosituksen kanssa. Monet vanhemmat toivoivat tukea erityisesti  
tukitoimien ja kuntoutusmuotojen lisäämiseen ja hankkimiseen, lääkityksen li-  
säksi. Myös tukipalveluiden yhtenäistämistä ja tukipalveluiden tarjoamista tu-  
lisi kehittää, erityisesti vanhempien näkökulma huomioiden. Tyytyväisiä oltiin  
mm. lääkärin antamaan tukeen ja asiantuntijuuteen ADHD-asioissa. Heikkilän  
(2009, 88) tutkimuksessa ilmenee, että ammattihenkilöiltä kaivataan erityisesti  
tiedollista tukea.

Heikkilän (2009, 94–95) tutkimuksessa vanhempien tuen tarve koetaan olevan  
suurempi juuri kouluikäisten lasten kohdalla. Tuen tarpeella ja lasten iällä on  
todettu olevan selkeä yhteys. Erityisesti 11–13-vuotiaiden lasten vanhemmilla  
tuen tarve koetaan olevan suurin. Sen ajatellaan johtuvan lapsen elinympäris-  
tön laajenemisesta sekä vaatimusten kasvamisesta koulussa sekä harrastuk-  
sissa. Samassa tutkimuksessa vanhemmat kokivat toiseksi tärkeimpänä tuen  
saamisen omaan jaksamiseen liittyen, lapsen itsetunnon ja oman toiminnan  
ohjauksen tukemisen jälkeen. Epäsuotuisa kasvatustyyli ja stressi saattavat  
lisääntyä ADHD-oireisten lasten perheissä. Sen vuoksi vanhempien jaks-  
amista tulee tukea. (Moilanen 2012b, 146.)

Nakari ja Sjöholm (2009, 46–47) ovat huomanneet eri kunta-alojen asiakas-  
tyytyväisyyttä tutkiessaan, että ystävällisyyttä, ammattitaitoa sekä avuliai-  
suutta arvostetaan henkilökunnassa paljon. Tyytymättömyyttä taas aiheuttaa  
mm. henkilökunnan riittämättömyys. Palvelutoimintaa kohtaan asiakkailta on  
usein korkea vaatimustaso. Asiakastyytyväisyyttä mitattaessa eri palvelupis-  
teissä tulisi ottaa huomioon asiakkaiden erilaiset lähtökohdat esim. elämän ti-  
lanteet, -tarpeet ja -kokemukset.

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä Kouvolan  
ADHD/ADD-vastaanotolla vastaanottotilanteessa sekä asiakkaiden yleistä tyy-  
tyväisyyttä vastaanoton toimintaan liittyen. Lisäksi haluttiin kartoittaa asiakkai-  
den kehittämisehdotuksia vastaanoton eri toiminta-osioihin.

## 6 TERVEYDENHUOLLON LAATU

Terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin lisääminen väestössä sekä terveyserojen kaventaminen ja hoidon asiakaslähtöisyyden vahvistaminen ovat keskeisenä tarkoituksena terveydenhuoltolaissa. (1326/2010 2. §). Potilaslain (785/1992 3. §) mukaan asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuollon laatua on säännelty myös muussa terveydenhuollon lainsäädännössä. Hyvää hoitotyön laatua edellyttävät esim. terveydenhuollon ammattihenkilöstöä (559/1994 15. §) koskevassa laissa sekä potilasvahinkolaissa (585/1986 2. §) olevat säännökset. (Koivuranta-Vaara 2011, 7.)

Terveydenhuollon laadun tärkeimpiä asioita ovat asiakaskeskeisyyden lisäksi palvelujen hyvä saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, korkeatasoinen osaaminen sekä vaikuttavuus (Laatu). Asiakas ja hänen omainen on oikeutettu saamaan ammattitaitoista hoitoa sekä yksilöllistä ja ystävällistä kohtelua eri terveydenhuollon toimintayksiköissä. Terveydenhuoltohenkilöstö on asianmukaisesti koulutettua ja heillä on velvollisuus pitää tiedot ja taidot ajan tasalla osallistumalla täydennyskoulutuksiin. Tavoitteena on, että asiakas saa asianmukaista tietoa terveydenhuollon toimintayksiköstä, jotta pystyy toteuttamaan esimerkiksi turvallista lääkahoitoa. Tärkeänä tavoitteena on myös asiakkaan tyytyväisyys palvelun laatuun. (Koivuranta-Vaara 2011, 9, 11–12.)

Asiakkaan hakeutuessa hoitoon vaivan tai sairauden vuoksi, hänellä on usein muodostunut käsitys omista odotuksistaan hoitoa ja hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Kotisaari & Kukkola 2012, 51). Asiakaslähtöisyydellä terveydenhuollossa tarkoitetaan näkökulmaa, jolla hoitotyössä on tavoitteena palvella potilasta ja hänen omaisiaan. Heidän näkemyksensä ovat arvokkaita ja hoidon laatua arvioidaan tästä näkökulmasta. (Sarajärvi ym. 2011, 69.) Stenvallin ja Virtasen (2012, 68) mukaan ajatuksena voisi olla, että asiakaslähtöisyys perustuu oletukseen paremmasta toiminnasta ja että paremmuus on yhteistä hyvää. Paremmuudella tarkoitetaan asiakkaiden keskuudessa sitä, että he saavat osallistua toiminnan ja palvelun kehittämiseen. Tämä tarkoittaisi käytännössä sitä, että asiakkaiden tarpeet otettaisiin paremmin huomioon ja asiakkaiden ääni tulisi kuuluviin. Asiakkaan näkökulmasta katseltuna hoito on laa-



dukasta jos hän kokee tulleen hyvin kohdelluksi ja saaneensa asiantuntevaa apua vaivaan, jonka vuoksi hän on lähtenyt hakemaan apua. (Kotisaari & Kukkola 2012, 65.)

Terveystenhuollon laadulla tarkoitetaan asiakkaan tarpeisiin ja vaatimuksiin vastaamista ja toiminnan ja tuloksen yhteneväisyyttä. Laadunhallintaan kuuluu toiminnan ja tavoitteiden suunnittelua ja johtamista, tulosten jatkuvaa arviointia ja vertailua tavoitteisiin sekä toiminnan parantamista tavoitteiden saavuttamiseksi. Terveystenhuolto on hyvälaatuista kun se käyttää resursseja mahdollisimman tehokkaasti ja turvallisesti sekä korkeatasoisesti ja hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä annetaan niitä tarvitsevien terveystarpeisiin. Yhteisiin tavoitteisiin sitoutuminen koko organisaatiossa ja yhteistyö eri toimintayksiköiden välillä edesauttaa hyvää laatua terveystenhuollossa. Tyytyväinen asiakas, joka on saanut hoidostaan parhaan mahdollisen terveystyötyön, on hyvän hoidon lopputulos. (Koivuranta-Vaara 2011, 8.)

Asiakkaiden tarpeet otetaan huomioon toimintayksikön toimintaa suunniteltaessa. Asiakkaan näkökulmaa tulee kunnioittaa toimintaa suunniteltaessa eikä ainoastaan ammattilaisten tai toimipisteen tarpeista käsin. Ihmisten koulutustason nousu ja asiakkaiden lisääntynyt tietoisuus omista oikeuksistaan on lisännyt asiakkaiden vaatimuksia ja odotuksia palvelun laadulle. Asiakaspalautteet auttavat toimintayksikköä tunnistamaan toiminnan eri kehittämiskohteita. (Marjamäki, Nurmi, Salo, Söder, Viitala, Liukko, Frisk, Haverinen, Lindqvist, Maaniittu, Mäkelä, Mäntysaari, Nordblad, Outinen & Riihelä 1999, 11–13.)

Toimintayksikön laadunhallinta edellyttää luotettavaan tietoon perustuvaa toiminnan seuranta, mittaamista ja arviointia. Laadunhallinnan menettelytapoja ovat esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmat ja asiakaspalauttejärjestelmät. Näitä menettelytapoja voidaan ottaa käyttöön ja sitä kautta kehittää laadunhallintaa toimintayksikössä. Laatutavoitteiden yhdenmukaisuus varmistetaan liittämällä laatuprojektit ja laadunhallinta osaksi organisaation strategiaa. Henkilökunnan kouluttaminen ja kannustaminen laatuprojekteihin auttaa saavuttamaan laajan osaamisen ja käynnistää laatutyön. (Marjamäki ym. 1999, 24, 28.)

Hoidon laatua koskevat säädökset velvoittavat terveystenhuollon ammattilaisia noudattamaan koululääketieteen käytäntöjä. Käytäntöjen sisällöt ovat selvi-

tetty hoitosuosituksissa, joita ovat esimerkiksi Käypä hoito -suositukset. Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta on laadittava suunnitelma terveydenhuollon toimintayksikössä. Toimintayksikön on myös varmistettava siitä, että muilta tuottajilta hankituilta palveluilta on hyvä laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden taso. (Koivuranta-Vaara, 2011, 7.)

Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan ADHD-diagnoosin saavan lapsen tai nuoren hoitoon on laadittu laatukriteerit, jonka mukaan on saatava yksilöllistä, vaikuttavaa ja perheen jaksamista tukevaa hoitomuotoa. Ehdotuksena on, että laadun arvioimisessa arvioidaan muun muassa yhtenäisen tutkimusrungon, hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämistä, perheille tarjotun tukitoimien riittävyyttä sekä hoidon jatkuvuuden järjestämistä lapsen kasvaessa.

## 7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotto toiminnan asiakastyytyväisyyttä ja saada kehittämissuhteita vastaanoton toimintaan liittyen. Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten kyselyyn vastanneet asiakasperheet kokevat ADHD/ADD-vastaanoton toiminnan?
2. Millaisia kehittämissuhteita kyselyyn vastanneilla asiakasperheillä on ADHD/ADD-vastaanoton kehittämiseksi?

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 8.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta

Tutkimus toteutettiin sekä määrällisellä eli kvantitatiivisella että laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusotteella. Pelkästään määrällisesti mittaamalla ei olisi saatu tutkimusongelmiin vastauksia, joten päädyttiin tutkimaan vastauksia myös laadullisesti. Kvantitatiivinen tutkimus kohdentuu erilaisiin muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Asiakastyytyväisyyttä mitattaessa muuttuja on yleensä riippuva eli selitettävä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–55.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että tutkimuksessa kuvataan todellista elämää sekä asian kokonaisvaltaisuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161).

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65). Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista ymmärtää tutkimuksen kohdetta (esim. asiakasta) sekä selittää käyttäytymisen ja päätöksen syitä. Kerättävä aineisto on kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleensä tekstimuodossa. (Heikkilä 2014, 15.)

Kyselylomakkeen monivalintakysymykset tuottavat selvempiä vastauksia ja tekevät vastaamisesta helpompaa auttamalla vastaajaa tunnistamaan asian muistamisen sijaan. Avoimet kysymykset taas sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin sekä auttavat tutkijaa monivalintakyselyssä tulneiden poikkeavien vastausten tulkinnessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän piirteitä ovat aiempien tutkimuksien johdopäätökset, käsitteiden määrittely, perusjoukon määrittely sekä tutkimusaineiston laittaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän piirteitä ovat kokonaisvaltainen tiedonhankinta, kohdejoukon tarkka valinta sekä aineiston käsitteleminen ja tulkinta tapahtuu ainutlaatuisuutta korostaen. (Hirsjärvi ym. 2009, 140, 164.)

Kyselytutkimus on hyvä keino kerätä laaja tutkimusaineisto. Sen avulla saadaan paljon ihmisiä mukaan tutkimukseen ja kysyttäviä asioita voi olla monia.

Kyselytutkimuksella on myös useita haittavaikutuksia. Pinnallisuus on tavallisin heikkous. Haittana saattaa olla myös vastaajan huono perehtyneisyys aihealueeseen tai vastaajan heikko motivaatio vastata kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomake (liite 3) koostui strukturoiduista monivalintakysymyksistä eli väittämistä sekä avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeen laadinnassa apuna käytettiin vastaanotolla toimivien henkilöiden toiveita kysyttävistä aihealueista. Tutkimusongelmat ja teoriaosuus toimivat pohjana kysymyksien laadinnassa. Strukturoidut väittämät luokiteltiin Likertin viisi portaiseen arviointiasteikkoon, jossa vastausvaihtoehtoja olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osittain samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kyselylomaketta ei esitettävä kenellekään, mutta valmis kyselylomake näytettiin ADHD/ADD-vastaanoton henkilökunnalle ennen kyselylomakkeen postittamista asiakkaille.

Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Väittämien aihealueet koskivat ADHD/ADD-vastaanoton tiloja ja sijaintia, vastaanoton tarjoamia palveluita sekä ajanvarauksen ja yhteistyön toimivuutta. Jokaisen aihealueen lopussa oli lisäksi avoin kohta kehittämisehdotuksille. Lisäksi joidenkin kysymysten kohdalla oli avoimia kysymyksiä, joilla haluttiin tarkennuksia väittämien vastauksiin. Kyselylomakkeen alussa olevassa taustatieto-osiossa kysymyksiä oli yhteensä viisi. Kyselylomakkeessa oli väittämiä yhteensä 31 ja avoimia kysymyksiä 10. Kyselylomake oli suunnattu vanhempien täytettäväksi. Viimeisenä oli lapsille ja nuorille suunnatut kaksi kysymystä, yksi vastaanoton toiminnasta ja toinen vastaanoton kehittämisehdotuksista.

## 8.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohderyhmäksi valikoitui vastaanotolla käyvät 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten asiakasperheet. Kysely lähetettiin 74 asiakasperheelle. Kyselyn ulkopuolelle jäi vain ne perheet, joiden lapsi tai lapset oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle, koska epätietoisuutena oli se, kenelle kysely lähetetään ja kuka on oikea henkilö vastaamaan kyselyyn.

Tutkimus toteutettiin ns. survey-tutkimuksella postikyselynä, jossa vastaajalle lähetettiin kotiin saatekirjeen (liite 4) ja kyselylomakkeen lisäksi valmiiksi maksettu vastauskuori. Etuna postikyselyssä on nopeus ja aineiston vaivaton keruumenetelmä. Ongelmana on kato, joka myös tässä työssä havaittiin. Muita postikyselyn yleisiä ongelmia ovat muun muassa vastaajien yhteystietojen saaminen henkilörekisteristä sekä postituksesta aiheutuneet kulut. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 196.)

Aineiston keruu alkoi tutkimusluvan hakemisella Kouvolan kaupungilta, joka myönnettiin toukokuussa 2015. Vastaanoton terveydenhoitaja lähetti kyselylomakkeet asiakasperheille, koska hänellä on pääsy asiakasperheiden yhteystietoihin. Palautuneet kirjekuoret noudettiin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon osastonhoitajalta. Kouvolan kaupunki kopioi kyselomakkeet ja saatekirjeet sekä kustansi kirjekuoret sekä postimaksut. Kyselylomakkeita palautui 13 kpl määräaikaan mennessä. Määräajan jälkeen palautui vielä kaksi vastauslomaketta (N=15). Vastausprosentti oli 20 %. Aineisto kerättiin kesäkuussa 2015. Vastausaikaa perheillä oli noin 2 viikkoa. Aluksi vastausten viimeiseksi palautuspäiväksi laitettiin 15.6.2015. Kyselylomakkeet saatiin hieman viivästyneenä lähetettyä asiakasperheille, joten uudeksi takarajaksi laitettiin 18.6.2015.

### 8.3 Aineiston analyysi ja tulosten esittäminen

Tutkimuksen ydinasioita ovat aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Aineiston analyysissä saadaan tutkimusongelmiin vastaukset. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Jo tutkimusta aloittaessa suunnataan sen tärkeimpään osioon eli aineiston analysointiin, tulkintaan ja johtopäätösten tekoon. Aineiston analyysi aloitetaan tietojen tarkastuksella, jossa tarkastellaan mahdollisia virheitä tai puuttuvia tietoja. Varsinkin postikyselynä tehdyistä kyselyissä on usein vaarana se, että joihinkin lomakkeisiin on vastattu vaillinaisesti ja lomake joudutaan hylkäämään. Sen jälkeen aineistoa mahdollisesti täydennetään ja siitä muodostetaan muuttujia sekä aineistosta tuleva tieto tallennetaan ja analysoidaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–222.)

Kyselylomakkeet numeroitiin, jotta niiden käsitteleminen on helpompaa. Kaikki lomakkeet olivat asiallisesti täytettyjä, joten yhtään kyselylomaketta ei jouduttu

kokonaan hylkäämään. Joidenkin kysymysten vastaukset olivat kuitenkin epäselviä tai niissä oli selkeä virhe, joten niitä ei voinut käyttää tuloksissa. Kyselylomakkeiden analysointi aloitettiin laskemalla manuaalisesti frekvenssit jokaisesta väittämästä. Avoimiin kysymyksiin tulleet vastaukset luettiin huolellisesti läpi ja aineiston analysointiin käytettiin laadullista sisällön analyysiä. Vastauksista koottiin pääkohdat yhteen ja niistä laadittiin synteesejä. Näin saatiin eriteltäviä vastaukset tutkimusongelmiin. Sitaatteja käytettiin havainnollistamaan vastausten tulkittamista. Osa kvantitatiivisista tuloksista esitettiin Excel-ohjelmaa apuna käyttäen pylväsdiagrammeina sekä taulukkona. Pylväsdiagrammit valikoituivat eniten mietintää aiheuttaneista kysymyksistä ja väittämistä.

#### 8.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliaabelius taas tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 231.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkijalla kysymyksen, vastauksen ja tulokinnan yhteensopivuutta. Tämä merkitsee validiutta, vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliaabeliuksen ja validiuksen käsitettä ei käytetäkään kovinkaan paljon. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä ADHD/ADD-vastaanottotoiminnasta. Kyselylomakkeen eli mittarin kysymykset olivat tehty tutkimusongelmien ja teorian pohjalta ja saimme vastauksia niihin kysymyksiin, joihin halusimmekin, joten validius eli pätevyys toteutui hyvin. Kyselylomake näytettiin vastaanoton kanssa yhteistyötä tekeville henkilöille. Heiltä kysyttiin mahdollisia toiveita ja ehdotuksia kyselylomakkeen sisältöön liittyen. Muutosehdotukset huomioitiin kyselylomakkeen laadinnassa. Asiakkaan täyttäessä kyselylomaketta ei voida kuitenkaan tietää onko hän vastaanottanut kaikkiin kysymyksiin rehellisesti ja huolellisesti. Vastaajat ovat myös voineet ymmärtää kysymykset tai vastausvaihtoehdot väärin. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Alhainen vastausprosentti saattaa vaikuttaa tutkimuksen reliabiliteettiin. Tuloksia voidaan kadon vuoksi kutsua sattumanvaraisiksi. (Heikkilä 2014, 27–28.)

Toisaalta uusi kysely samasta aiheesta toisi todennäköisesti saman vastauksen kuin tässä tutkimuksessa oleva kysely antaa. Jos aikaa olisi ollut enemmän, olisi tutkimuksen luotettavuutta voitu parantaa uusintakyselyllä tai haastatteluilla. ”En osaa sanoa” vastausvaihtoehtoa oli käyttänyt moni vastaaja ja se häiritsi myös jonkin verran tutkimuksen luotettavuutta.

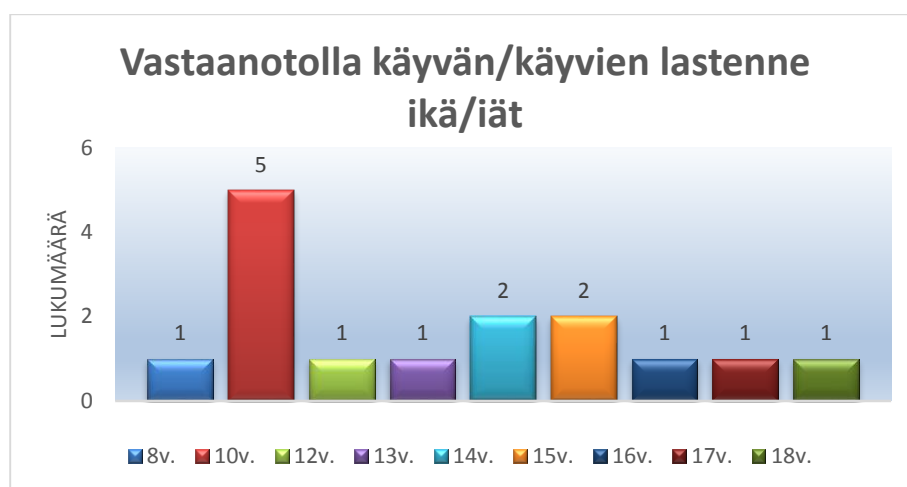
Luotettavuutta ja eettisyyttä lisäsi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Saatekirjeessä (liite 4) ja kyselylomakkeessa (liite 3) annettiin ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseen. Saatekirjeessä tuli ilmi myös tutkimuksen tarkoitus sekä se, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyys ei tullut ilmi missään vaiheessa. Vastausten luotettavuutta voisi lisätä myös se, että vastaajalla on halu kehittää ADHD/ADD-vastaanoton toimintaa sekä se, että pääasiassa kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä vastaanoton toimintaan.

Itsemääräämisoikeuden tukemista on, että annetaan ihmisten itse päättää haluaako osallistua tutkimukseen vai ei. (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta ja eettisyyttä tukee se, että kyselylomake meni vastaajille kotiin ja he saivat rauhassa miettiä, haluavatko osallistua tutkimukseen. Nimettömänä vastaaminen ja palautuskuoren postittaminen myös tukee vastaajien anonymiteettiä. Kyselylomakkeet hävitettiin asian mukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

### 9.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista (N=15) seitsemällä oli 1–2 lasta. Seitsemällä vastaajalla oli myös 3–4 lasta ja yhdellä vastaajista oli 5 lasta. Vastaanotolla käyvien lasten ja nuorten ikäjakauma vastaajien kesken oli 8-vuotiaasta 18-vuotiaaseen. Suurin osa vastanneiden vastaanotolla käyvistä lapsista oli 10-vuotiaita, mikä näkyy kuvassa 1.

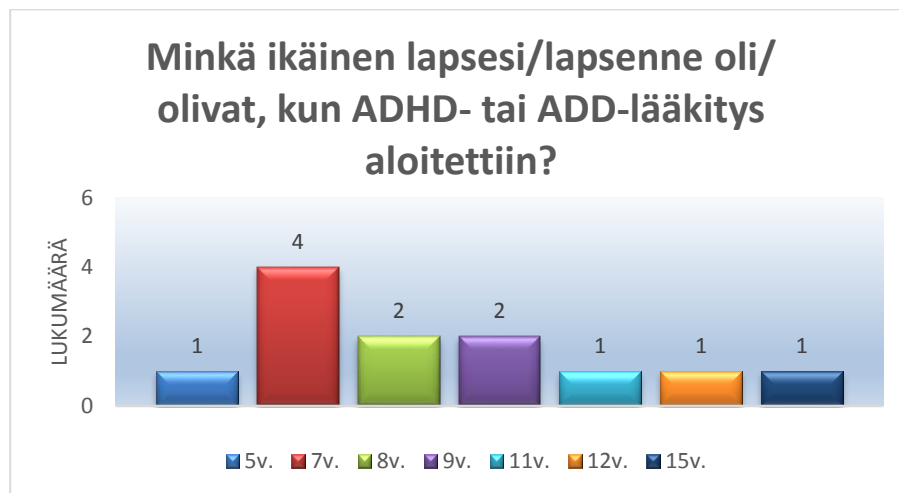


Kuva 1. Vastaanotolla käyvien lasten ikäjakauma (n=14)

Kahdessa vastauslomakkeessa perheen kaksi lasta käy ADHD/ADD-vastaanotolla. Tutkimukseen vastanneista viidellätoista vastaajalla oli siis yhteensä 17 lasta, joilla on ADHD- tai ADD-lääkitys. Vastanneista kolmellatoista henkilöllä oli vastausten mukaan yksi lapsi, jolla oli ADHD- tai ADD-lääkitys.



Kyselyyn vastanneiden lapsilla lääkitys oli aloitettu 5–15-vuotiaina. Suurimmalla osalla lääkitys oli aloitettu 7-vuotiaana, mikä näkyy seuraavassa kuvassa 2.



Kuva 2. Lapsen ikä lääkityksen alkaessa (n=11)

Yhteen vastauslomakkeeseen oli kirjoitettu ”lähes 6-vuotias”, mikä koski kahta lasta, yhdessä vastauslomakkeessa vastaus oli ”n. 6-vuotias” ja yksi vastaajista vastasi ”vajaa 8-vuotias” sekä yhdessä vastauslomakkeessa luki ”n.15-vuotias”.

Kyselyyn vastanneiden (N=15) mukaan, suurin osa oli käynyt lastensa kanssa vastaanotolla 2–4-vuotta. Alle 1 vuotta vastauksia ei ollut yhtään, 1–2 vuotta käyneitä oli 5 lasta ja 12 lasta oli käynyt vastaanotolla 2–4 vuotta.

## 9.2 Vastaajien tyytyväisyys ADHD/ADD-vastaanottotoiminnan sijaintiin ja tiloihin

ADHD/ADD-vastaanoton tiloihin liittyvät kysymykset kartoittivat vastaanoton sijainnin ja tilojen tyytyväisyyttä. Vastausvaihtoehtoina olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osittain samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Lisäksi osion lopussa oli avoin kysymys kehittämis ehdotuksia varten.

Ensimmäiseksi kysyttiin, että sijaitseeko vastaanoton tilat hyvällä paikalla. Tähän väittämään vastanneista (N=15) neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että vastaanotto sijaitsee hyvällä paikalla ja vastasi olevansa väittämän kanssa täysin

samaa mieltä. Viisi vastaajaa oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä siitä, että vastaanoton tilat sijaitsevat hyvällä paikalla. Viisi vastaajaa oli väittämän kanssa osittain eri mieltä ja yksi vastaajista vastasi ” en osaa sanoa”.

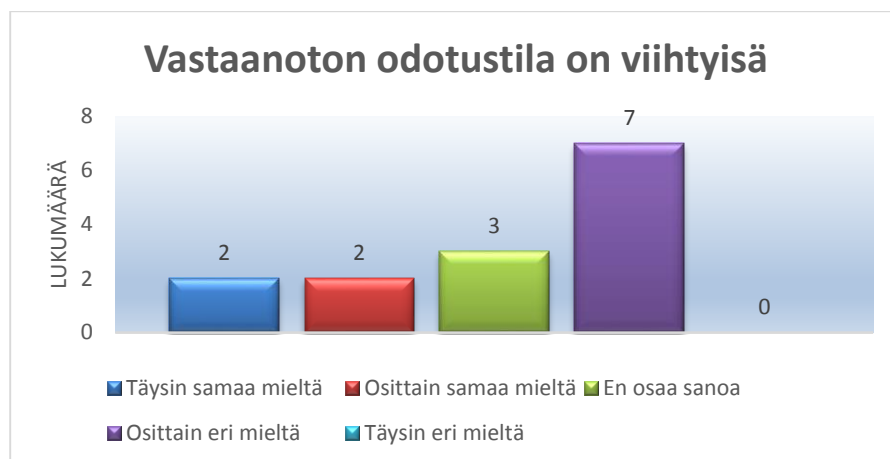
Seuraavaksi kysyttiin onko vastaanoton tilat helposti löydettävissä. Kolmen vastaajan (n=11) mielestä tilat ovat helposti löydettävissä ja vastasivat olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Kolme vastaajaa oli osittain samaa mieltä väittämästä ja viisi vastaajaa oli osittain eri mieltä. Täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastaajista. Kolme vastasi ”en osaa sanoa”. Yhdestä vastauslomakkeesta vastaus puuttui kokonaan.

Kyselylomakkeessa oli kysymys, joka oli kohdistettu omalla autolla kulkeville. Vastausta haluttiin siihen, onko parkkipaikka helposti löydettävissä vastaanoton läheisyydestä. Tähän väittämään vastanneista (n=14) kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että parkkipaikka on helposti löydettävissä vastaanoton läheisyydestä. Osittain samaa mieltä parkkipaikan helposta löytyvyydestä oli neljä vastaajaa. Yhteensä seitsemän vastaajan mielestä parkkipaikka ei ole hyvin löydettävissä ja vastasivat olevansa väittämän kanssa osittain eri mieltä (n=4) ja täysin eri mieltä (n=3). Yksi vastaaja vastasi ”en osaa sanoa”. Yhdessä vastauslomakkeessa kysymykseen oli jätetty vastaamatta kokonaan.

Kyselylomakkeessa oli kysymys julkista liikennettä käyttäville. Julkista liikennettä käyttävät olivat melko tyytyväisiä julkisen liikenteen kulkuyhteyksiin vastaanotolle. Tähän väittämään vastanneista (n=6) kaksi vastaajaa oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa siitä, että julkisen liikenteen kulkuyhteydet vastaanotolle ovat hyvät. Kaksi vastaajaa oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä ja kaksi vastaajaa vastasi ”en osaa sanoa”. Kysymykseen vastaamattomia oli yhdeksän.

Seuraavaksi kysyttiin, että onko vastaanoton odotustila asianmukainen. Neljä vastaajaa (N=15) oli sitä mieltä, että odotustila on asianmukainen. Neljä vastaajaa oli myös osittain samaa mieltä odotustilan asianmukaisuudesta. Neljä vastaajaa kokivat, että odotustila ei ole asianmukainen ja olivat väittämän kanssa osittain eri mieltä (n=3) ja täysin eri mieltä (n=1). Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, onko odotustila heidän mielestään asianmukainen.

Vastaajien mielestä odotustila ei ole viihtyisä. Kuvasta 3 näkyvät kaikkien vastaajien mielipiteet asiasta.



Kuva 3. Vastaanoton odotustilan viihtyisyys (n=14)

Vastaanoton odotustilassa on jonkin verran aiheeseen liittyvää materiaalia, muun muassa lehtiä ja esitteitä. Vastaajilla oli erilaisia kokemuksia asiasta. Tähän väittämään vastanneista (N=15) Kolme vastaajaa oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa siitä, että vastaanoton odotustilassa on aiheeseen liittyvää materiaalia luettavaksi. Kolme vastaajaa oli osittain samaa mieltä, viisi vastaajaa oli osittain eri mieltä ja neljä vastasi, että ”en osaa sanoa”.

Seuraavaksi haluttiin tietää onko vastaanoton odotustilassa riittävästi istumatilaa. Tähän väittämään vastanneista (N=15) kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että istumatilaa on riittävästi. Kolme vastaajaa oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Kolmen vastaajan mielestä istumatilaa ei ole riittävästi ja olivat väittämän kanssa osittain (n=2) ja täysin (n=1) eri mieltä. Kolme vastaajaa vastasi ”en osaa sanoa”.

Vastaajilta kysyttiin, että onko odotustilassa leluja ja luettavaa lapsille. Tähän väittämään vastanneista (N=15) kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että odotustilassa on lapsille leluja ja luettavaa. Kolme vastaajaa oli asiasta osittain samaa mieltä ja kaksi vastaajaa osittain eri mieltä. Yhden vastaajan mielestä odotustilassa ei ole lapsille leluja ja luettavaa. Neljä vastaajaa vastasi ”en osaa sanoa.”

Vastaanoton tiloihin liittyvällä avoimella kysymyksellä haluttiin mahdollisia kehittämisehdotuksia vastaanoton sijaintiin ja tiloihin liittyen. Kuusi (n=15) vastaaja vastasi tähän kysymykseen. Vastaajien kommenteista tuli ilmi myös joitakin puutteita. Osa vastaajista oli tyytyväisiä nykyisiin vastaanoton tiloihin. Yksi vastaaja koki, että odotustila on pieni ja erään vastaajan mielestä vastaanoton tilat ovat jopa pelottavat. Yhden vastaajan toiveena oli, että vastaanotolla olisi sivupiste kaupungilla ja omat P-paikat asioiville. Lisäksi toivottiin lisää virikkeitä eri-ikäisille lapsille. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Tekemistä voisi olla enemmän vanhemmille, yli 10v. lapsille lehtiä, kirjoja tms.”*

*”Käytävällä ajelee joku ”juna” välillä todella kovaa, että ihan pelottaa varsinkin pienten lasten kanssa, jotka saattavat rynnätä esim. leikkihuoneesta käytävälle.”*

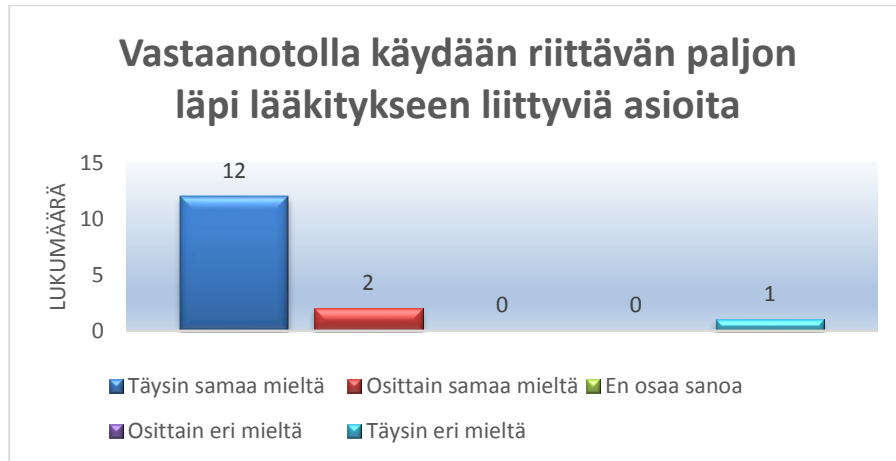
*”Aulatilahan on lähellä käytävää joka on ihan pakon sanalemana tässä käytössä... itse en ole kaivannut juurikaan tilaan mitään erityistä”.*

### 9.3 Vastaajien tyytyväisyys ADHD/ADD-vastaanoton tarjoamiin palveluihin

Tämän aihealueen kysymyksillä haluttiin vastaajien mielipiteitä ADHD/ADD-vastaanoton tarjoamista palveluista. Kysyttiin vastaajien tyytyväisyyttä vastaanotolla käytävistä asioista, mielipidettä vastaanottoajan pituudesta sekä terveydenhoitajan ja lääkärin tapaamisiin liittyvistä asioista. Soittoajan tarpeellisuudesta haluttiin myös mielipiteitä vastaajilta. Vastausvaihtoehtoina oli ”täysin samaa mieltä”, ”osittain samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Lisäksi tähän aihealueeseen liittyi neljä avointa kysymystä

Vastaajat olivat sitä mieltä, että vastaanotolla käydään läpi riittävän paljon lapsen vointiin liittyviä asioita. 10 vastaajaa oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa siitä, että vastaanotolla käydään riittävän paljon läpi lapsen vointiin liittyviä asioita. Neljä vastaajaa oli osittain samaa mieltä. Yksi vastaaja oli täysin eri mieltä. Kukaan vastaaja ei valinnut vaihtoehtoa: ”osittain eri mieltä tai ”en osaa sanoa”.

Vastaajat olivat sitä mieltä, että lääkitykseen liittyvistä asioista keskustellaan heidän mielestään riittävästi vastaanotolla, kuten kuvasta 4 näkyy.



Kuva 4. Lapsen lääkityksen riittävä läpikäyminen vastaanotolla (n=15)

Vastaajat olivat tyytyväisiä siihen, että lapsen kaverisuhteisiin kiinnitetään riittävän paljon huomiota vastaanotolla, mikä näkyy kuvassa 5.



Kuva 5. Lapsen kaverisuhteiden riittävä huomiointi vastaanotolla (n=15)

Seuraavaksi haluttiin tietää, käytiinkö vastaanotolla riittävästi läpi lapsen kouluun liittyviä asioita. Tähän väittämään vastanneista (N=15) kuusi vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että lapsen kouluun liittyviä asioita käytiin vastaanotolla riittävästi läpi. Viisi vastaajaa oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa.

Osittain eri mieltä oli kaksi vastaajaa ja yhden vastaajan mielestä lapsen kouluun liittyvistä asioista ei keskusteltu lainkaan. Yksi vastaaja vastasi ”en osaa sanoa”.

Vastaajat kokivat että vanhempien jaksamiseen liittyviä asioita ei käyty vastaanotolla riittävästi läpi. Kuva 6 näyttää vastaajien mielipidejakauman.



Kuva 6. Vanhempien jaksamiseen liittyvän tuen huomioiminen vastaanotolla (n=15)

Kansaneläkelaitoksen etuuksista vastaajat kokivat saaneensa vain vähän tietoa vastaanotolla. Kuvasta 7 havainnollistuu asiakkaiden mielipide Kela:n etuuksien puheeksi ottamisesta.



Kuva 7. Kansaneläkelaitoksen etuuksien huomioiminen vastaanotolla (n=15)

Avoimeen kysymykseen toivottiin vastauksia siitä, mitä asioita vastaajat toivoivat vastaanotolla käytävän läpi. Neljä (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Toiveena oli vanhemmille enemmän tukea antavia keskusteluja sekä lapsen itsetuntoon liittyvissä asioissa tukeminen. Yksi vastaaja toivoi, että yhteyttä pidettäisiin enemmän lapsen isään ja hänelle annettaisiin tarvittaessa oma henkilökohtainen aika. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Itselleni ja puolisololleni toivoisin enemmän tukea ja ehkä konkreettisia ohjeita. Kaikki muu hoituu kyllä, mutta se kun 24/7 on vain kotona kestävä”*

*”Enemmän tukea vanhempien ja muun perheen jaksamiseen. Väsymystä voi olla vaikea ymmärtää...”*

Vastaanottoajan pituuteen (45 minuuttia) oli tyytyväisiä suurin osa vastaajista. 13 vastaajaa (N=15) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä siitä, että vastaanottoajan pituus on riittävä. Osittain eri mieltä oli yksi vastaaja ja täysin eri mieltä vastaanottoajan riittävästä pituudesta oli yksi vastaaja.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että jatkossa käynnit voisivat toteutua niin, että joka toinen kerta olisi terveydenhoitajalla ja joka toinen kerta lääkärillä. Kuva 8 näyttää vastaajien mielipidejakauman.



Kuva 8. Lääkärin ja terveydenhoitajan käynnit jatkossa vuorotellen (n=15)

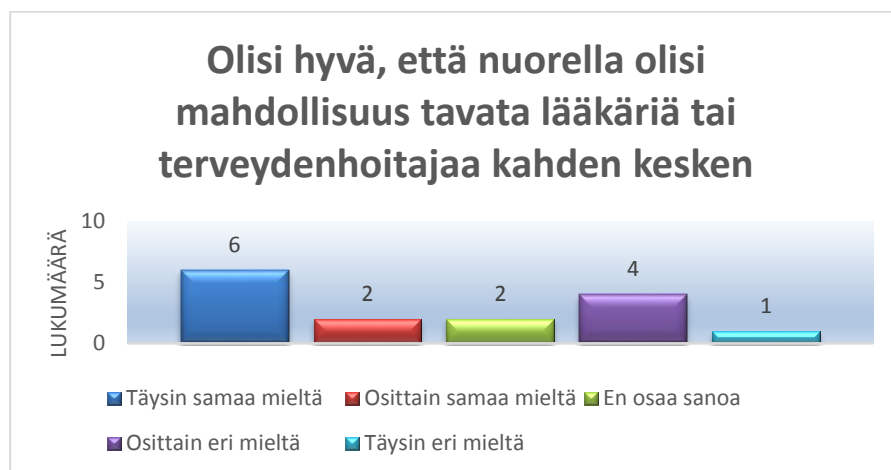
Avoimessa kysymyksessä kysyttiin, että jos vastaaja haluaa kontrollit pysyvän vain lääkärillä, niin miksi. Neljä (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen.

Vastauksista kävi ilmi, että vastaajat kokivat lääkärin vastaanoton tarpeellisuuden lääkeshoidon seurannassa. Myös kasvun seurannassa toivottiin lääkärin vastaanottoaikaa. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Oman lapsen kohdalla lääkitystä on rukattu monta kertaa ja haittavaikutuksiakin on ollut. Siihen tarvitaan lääkärin arviota”*

*”Mielestäni kasvua pitää seurata joka käynnillä”*

Vastaajat kokivat hyvänä ehdotuksena sitä, että nuorella olisi mahdollisuus tavata terveydenhoitajaa tai lääkäriä kahden kesken. Kuva 9 havainnollistaa vastaajien mielipidejakauman.



Kuva 9. Terveydenhoitajan tai lääkärin tapaaminen nuoren kanssa kahden kesken (n=15)

Seuraavassa avoimessa kysymyksessä haluttiin tietää millaisissa asioissa nuori hyötyisi kahden keskisestä tapaamisesta terveydenhoitaja tai lääkärin kanssa. 10 (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Suurin osa avoimeen kysymykseen vastanneista koki, että nuori ehkä avautuisi enemmän asioistaan, jos vanhempi ei olisi paikalla. Vastaajien mielestä murrosikäinen ei halua kertoa kaikista asioistaan vanhemman kuullen. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Äidin läsnäolo vaikuttaa! Ehkä puhuisi enemmän ja eri asioista kun en ole paikalla”*

*”Teineillä on jo asioita, jotka askarruttavat mieltä, mutta ei kehtaa kysyä vanhemmilta. Tai siis saattaa olla, nuoret niin erilaisia, osa avoimempia”*



Kysyttiin myös vastaajilta, että kokevatko he saavan riittävän nopeasti yhteyden terveydenhoitajaan lastaan koskeissa asioissa. Väittämään vastanneista 10 vastaajaa (N=15) oli sitä mieltä, että he saavat yhteyden terveydenhoitajaan riittävän nopeasti. Kaksi vastaajaa oli osittain samaa mieltä riittävän nopeasta yhteyden saamisesta ja yksi vastaaja oli osittain eri mieltä asiasta. kaksi vastasi ”en osaa sanoa”.

Haluttiin tietää myös, että kokivatko vastaajat tarvitsevänsä erillistä soittoaikaa terveydenhoitajalle. Tähän väittämään vastanneista seitsemän vastaajaa (N=15) ei pitänyt erillistä soittoaikaa tarpeellisenä ja olivat täysin (n=5) tai osittain (n=2) eri mieltä väittämän kanssa. Kaksi vastaajaa oli soittoajan kannalla ja olivat väittämän kanssa täysin ja osittain samaa mieltä. Viisi vastaajaa vastasi ”en osaa sanoa”. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään.

Seuraavaksi kysyttiin, että onko vastaanoton tarjoamat palvelut vastanneet vastaajien odotuksia. Suurin osa oli tyytyväisiä vastaanoton tarjoamiin palveluihin. Kuva 10 osoittaa mielipidejakauman vastaanoton tarjoamista palveluista.



Kuva 10. Tyytyväisyys vastaanoton tarjoamiin palveluihin (n=14)

Avoimella kysymyksellä haluttiin saada kehittämis ehdotuksia vastaanoton tarjoamiin palveluihin. Viisi (n=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Yksi vastaajista ilmaisi toiveen, että vanhemmilla olisi mahdollisuus käyttää psykologipalveluita. Häätapauksien varalle oli myös toiveena saada yhteystietoja. Yhden vastaajan mielestä kaikki vastaanotolla on jo hyvin. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*"Voisiko ajatella jotakin "ryhmää", jossa ADHD lapset voisivat tavata toisiaan"*

*"Hyvää palvelua ollaan saatu"*

#### 9.4 Vastaajien tyytyväisyys ADHD/ADD-vastaanoton ajanvaraukseen

Kutsukirje tulee kotiin noin kaksi viikkoa ennen vastaanottoaikaa. Haluttiin tietää vastaajien tyytyväisyyttä ajanvaraukseen. Vastaajista (n=14) viisi oli täysin tyytyväisiä tämän hetkiseen ajanvaraukseen ja vastasivat olevansa väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Viisi vastaajaa oli osittain samaa mieltä. Kolme vastaajaa oli osittain eri mieltä ja yksi vastaaja oli täysin tyytymätön tämänhetkiseen ajanvaraukseen. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään.

Ajanvaraukseen parasta tapaa kysyttäessä kahdeksan vastaajan (n=14) mielestä nykyinen tapa eli kutsukirje kotiin on paras tapa. Yksi vastaaja haluaisi varata ajan itse puhelimitse ja viisi vastaajaa toivoisivat internet ajanvarausta itsenäisesti varaten. Yksi vastaaja laitto vaihtoehtoista sekä kutsukirjeen että internet ajanvarauksen.

Seuraavalla avoimella kysymyksellä haettiin ajanvaraukseen liittyviä kehittämis ehdotuksia. Neljä (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Toiveena oli, että aika olisi hyvä saada aiemmin kotiin, jotta pystyy järjestämään paremmin vapaata työstä. Tekstiviestimistutusta ajanvarauksesta myös toivottiin. Eräs vastaaja on valmis ottamaan sen ajan mikä annetaan, koska lääkäri on harvoin paikalla. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*"Kutsukirje tulisi aikaisemmin; vanhempien olisi helpompi järjestää omat työkuviot, ettei tarvitse aikoja siirrellä"*

*"Tekstiviestimistutus ajasta lääkärille tai terveydenhoitajalle"*

*"Nettiajanvaraus voisi olla hyvä."*

## 9.5 Vastaajien tyytyväisyys yhteistyön toimivuuteen ADHD/ADD-vastaanotolla

Tässä osiossa haluttiin saada tietoa henkilökunnan ja vastaajien välisestä yhteistyön toimivuudesta. Väittämät oli aseteltu 5-portaiseen asteikkoon. Taulukossa 1 ovat tähän osioon liittyvät väittämät sekä vastaajien vastaukset frekvensseinä.

Taulukko 1. Tyytyväisyys yhteistyön toimivuuteen vastaanotolla

Yhteistyön toimivuus vastaanotolla	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Henkilökunta on ammattitaitoista (n= 15)	9	4	0	1	1
2. Henkilökunta on ystävällistä (n= 15)	12	2	0	0	1
3. Henkilökunta on helposti lähestyttävissä (n= 15)	11	3	0	0	1
4. Hoitoon luottamuksellista (n=15)	13	1	0	0	1
5. Hoito on yksilöllistä (n= 15)	9	4	1	0	1
6. Koen, että minua kuunnellaan (n= 15)	9	4	0	1	1
7. Koen merkittävänä asiana, että henkilökunta pysyy samana (n= 15)	12	2	0	0	1
8. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa lapseni hoitoon liittyviin asioihin (n=15)	7	6	1	0	1

Vastaajista suurin osa koki, että henkilökunta oli ystävällistä. 12 vastaajaa (N=15) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja kaksi vastaajaa osittain samaa mieltä. Yksi vastaaja oli täysin tyytymätön. Henkilökunnan ammattitaitoisuuteenkin oltiin tyytyväisiä sekä siihen, että henkilökunta on helposti lähes-

tyttävissä ja hoito on luottamuksellista. Lapsen hoitoon liittyvien asioiden vaikuttamiseen kaikki vastaajat eivät olleet täysin tyytyväisiä, ja kuusi vastaajaa (N=15) koki olevansa väittämän kanssa osittain samaa mieltä.

Avoimella kysymyksellä haluttiin kehittämis ehdotuksia yhteistyön toimivuuteen liittyen. Kolme (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Vastaajat toivoivat henkilökuntaa ja myös miespuolisia työntekijöitä lisää. Hätätilanteiden varalle toivottiin jälleen yhteystietoja. Terveystietojen mielipiteitä haluttiin myös kuulla enemmän. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Olisi mukava saada kuulla myös hoitajan mielipiteitä. Hänelläkin on varmasti hyviä neuvoja. Nyt keskustelu käydään vain lääkäri-lapsi-vanhempi saralla”*

Lopuksi vanhemmilta kysyttiin ”mitä muuta haluatte sanoa”. Neljä (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Vastaajat esittivät toiveen saada kirjallista materiaalia ADHD:stä tai ADD:stä. Toiveena oli myös, että perheen kokonaistilannetta selvitettäisiin tarkemmin. Isän tarpeellisuudesta mukana vastaanotolla oli myös ajateltu. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Kyselyt auttavat kehittämään toimintaa. Isät ”pakotettava” mukaan lääkärille ainakin kerran vuodessa. Myös heille ”oma aika” tarvittaessa; henkilökohtaiseen apuun. Miespuolisia lisää hoito-henkilökuntaan”*

## 9.6 Lapsen ja nuoren tyytyväisyys ja kehittämis ehdotukset ADHD/ADD-vastaanottotoiminnasta

Viimeisessä osiossa oli kaksi avointa kysymystä lapselle ja nuorelle.<sup>12</sup> (N=15) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Ensimmäisessä kysymyksessä haluttiin tietää miten he ovat kokeneet vastaanotolla käynnit. Lapset ja nuoret kokivat käynnit positiiviseksi ja kertoivat henkilökunnan olevan mukavaa. Lapset ja nuoret kokivat myös saaneensa apua vastaanotolta. Joku koki, että hyödyttömäksi, koska ei ole enää ongelmia, ja toinen kertoi käyvänsä vain sen takia, että saa lääkkeitä. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Hyviksi, apua on ollut”*

*”Ei valittamista. Henkilökunta on mukavaa”*

*”Oikein mukavaksi. Siellä saa jutella ihan vapaasti”*

Viimeisessä kysymyksessä lapsilta ja nuorilta kysyttiin kehittämis ehdotuksia vastaanoton toimintaan liittyen. Kahdeksan vastaajaa (N=15) vastasi tähän kysymykseen. Yksi vastaaja koki, että vastaanotto tulisi olla vähemmän sairaalalta tuntuvassa paikassa. Vastaanottoaikaa toivottiin myös olevan vuoden välein, puolen vuoden sijaan. Odotustilaan toivottiin lisää tekemistä ja luettavaa lapsille. Vastauksissa ilmeni myös kaiken olevan hyvin ja toive jatkumisesta samaan malliin. Vastaajat vastasivat seuraavasti:

*”Vastaanoton voisi laittaa vähemmän sairaalalta tuntuvaan paikkaan”*

*”Käynnit olisi vuoden välein”*

## 10 POHDINTA

Aiheeseen liittyvää materiaalia on paljon saatavilla, mikä tuli ilmi tutkimusta tehdessä. ADD:hen liittyvää tietoa oli kuitenkin huomattavasti vähemmän saatavilla verrattuna ADHD:hen. Tämä voi johtua osittain siitä, että ADD luokitellaan ADHD:n alla oleviin häiriöihin (Leppämäki 2014, 50). Lisäksi monet asiat pätevät sekä ADHD:hen, että ADD:hen.

Vastausprosentti jäi alhaiseksi, se oli 20 %. Todennäköisesti syy alhaiseen vastausprosenttiin oli kyselyn ajankohta, joka ajoittui kesäkuulle ja myös se, että kysely toteutettiin postikyselynä. Vastausten jäädessä vähäiseksi, mietittiin jatkokyselyn tekemistä. Kyselylomakkeiden lähettäminen uudestaan olisi työllistänyt liikaa vastaanoton terveydenhoitajaa. Lisäksi jatkokyselyn tekeminen olisi jäänyt syksyyn. Tällöin arvioitu aikataulu opinnäyttyön valmistumisesta olisi viivästynyt. Pohdittiin myös sitä, että oliko kyselylomakkeen palauttamatta jättäneet niin tyytyväisiä vastaanoton toimintaan, että eivät nähneet tarpeelliseksi vastata kyselyyn.

Kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin apuna vastaanoton kanssa yhteistyötä tekevien henkilöiden esittämiä toiveita ja ehdotuksia. Kyselylomake oli

viisi sivua pitkä, ja osa vastaajista saattoi jättää sen vuoksi vastaamatta kyselyyn. Kyselylomakkeessa oli myös kysymyksiä joita olisi voinut tarkentaa. Mietittiin myös onko tarvetta erotella sitä, onko lapsella tai nuorella diagnosoitu ADHD vai ADD. Näin olisimme saaneet tietoa näiden kahden välisestä jakaumasta. Toisaalta tieto diagnosoista olisi laajentanut tutkimusaihetta. Päädyttiin siihen, että asiakastyytyväisyyttä mitattaessa ei erotella asiakkaiden diagnooseja vaan keskitytään vastaajien asiakastyytyväisyyteen diagnosoista riippumatta.

Kyselylomakkeita saatiin takaisin 15 kpl. Kyselylomakkeisiin oli vastattu huolellisesti. Kaikkia kyselylomakkeita voitiin käyttää asiakastyytyväisyyttä ja kehittämisehdotuksia tutkiessamme. Kysymykset, joihin oli vastattu virheellisesti, koskivat taustatietoja. Näin ollen se ei vaikuttanut suuresti asiakastyytyväisyyttä koskeviin tutkimustuloksiin.

**Taustatiedot -osiossa** selvisi, että vastaanotolla käyvien lasten iät vaihtelivat 8–18-ikävuoden välillä. Tutkimustuloksissa näyttäytyy vain 17 lapsen ikäjakuma. Tämä ei vastaa todellisuutta vastaanotolla käyvien lasten ikäjakumasta, mikä on noin 80 kaikkiaan. Vastauksista ilmenee, että suurin osa vastaajien lapsista eli noin puolet oli alakouluikäisiä.

Tässä tutkimuksessa lapsen lääkityksen aloitusikä oli suurimmalla osalla lähellä kouluiän aloitusta. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on esiintynyt muissakin tutkimuksissa (vrt. Lahtinen 2014). Tässä tutkimuksessa neljässä eri kyselylomakkeessa oli epäselvä vastaus. Vastauksissa luki ”lähes 6-vuotias”, mikä koski kahta lasta, ”n. 6-vuotias”, ”vajaa 8-vuotias” ja ”n.15-vuotias”. Yhteenvetona voi ajatella, että jos nämä tulosten ulkopuolelle jätetyt vastaukset lasketaan mukaan, niin tutkimuksessa vastaajien yhteensä yhdellätoista lapsella on lääkitys aloitettu 8 tai alle 8-vuotiaana.

Suurin osa vastaajista oli käynyt vastaanotolla 2–4-vuotta. Tästä voisi päätellä, että vastaajille on kehittynyt jonkinlainen kokemus vastaanoton toiminnasta. Yhdessä vastauslomakkeessa vastaaja oli kirjoittanut vaihtoehtoon 2–4v. ”10 v”. Koska Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotto on ollut toiminnassa noin 4 vuotta, ajattelimme, että lapsi on käynyt aiemmin jossain muualla kontroleissa ennen ADHD/ADD-vastaanottotoiminnan alkamista Kouvolassa. Vas-

taus huomioitiin tuloksissa. Kysymystä olisi voinut selventää lisäämällä kysymykseen Kouvolan ADHD/ADD-vastaanotolla. Vastaajien kesken ei havaittu eroja vastauksissa siitä, kuinka kauan vastaanotolla oli käyty.

**ADHD/ADD-vastaanoton tilat sijaitsevat Kouvolan pääterveysasemalla -osiossa** ilmeni, että vastaajat olivat tyytyväisiä vastaanoton sijaintiin. Ennen Kouvolan ADHD/ADD-vastaanoton toimintaa asiakkaiden kontrollikäynnit olivat Kotkassa. Siihen nähden sijainti on nyt lähempänä omaa asuinpaikkaa. Vastaajat eivät kuitenkaan tuoneet asiaa esille kehittämis ehdotuksia kysyttäessä.

Vastaajat käyttivät vastaanotolla asioidessaan sekä omaa autoa että julkista liikennettä. Kysymykset olivat erikseen omaa autoa käyttäville sekä julkista liikennettä käyttäville. Näihin väittämiin tuli yhteensä 20 vastausta, koska osa vastaajista vastasi molempiin väittämiin. Suurin osa vastaajista käytti vastaus-ten mukaan vastaanotolle tullessaan omaa autoa. Osa vastaajista käytti sekä omaa autoa että julkista liikennettä. Näiden kahden väittämän vastauksissa oli selkeää ristiriitaa keskenään. Väittämät olivat kuitenkin selkeästi osoitettu sekä omaa autoa että julkista liikennettä käyttäville erikseen. Mahdollista tietysti on, että vastaajat ovat lukeneet kysymyksen huolimattomasti.

Odotustilan sijaitessa osittain käytävällä, tilan pienuus ja käytävän läheisyys olivat asioita mihin vastaajat olivat kiinnittäneet huomiota kehittämis ehdotuksia miettiessään. Vastaanoton odotustilassa olevasta aiheeseen liittyvästä materiaalista vastaajilla oli erilaisia mielipiteitä. Tähän väittämään olisi voinut liittää sanan ”riittävästi”. Samoin kuin myös väittämään ”vastaanoton odotustilassa on mielestänne lapsille leluja ja luettavaa” -väittämään. ”En osaa sanoa” -vastauksia oli kuitenkin kummassakin kysymyksessä melko paljon. Se voi myös kuvastaa osittain sitä, että vastaajat eivät ole asiaan kiinnittäneet sen enempää huomiota, lapsen ikä huomioiden. Selkeää eroa ei vastauksissa kuitenkaan ollut vastaanotolla käyneen lapsen tai nuoren ikä huomioiden.

**ADHD/ADD-vastaanoton tarjoamat palvelut -osiossa** vastaajat olivat sitä mieltä, että vastaanotolla käytiin vastaajien mielestä riittävästi läpi lapsen vointiin ja lääkitykseen sekä kouluun liittyviä asioita. Kelan etuuksiin liittyvistä asioista haluttiin nykyistä enemmän tietoa. Avoimessa kysymyksessä ei kuitenkaan tullut ilmi vastaajien mielipiteitä siitä, millaista apua tai tukea vastaajat toivoivat kelan etuuksiin liittyen. Kelan etuuksien saaminen ja hakeminen voi

olla usein työlästä. Lisäksi voi olla epätietoisuutta mahdollisen tuen hakemisesta. Myös muissa tutkimuksissa vanhempien tuen tarve tulee esille kelan etuuksiin liittyvissä asioissa. (ks. Heikkilä 2009; Kippola-Pääkkönen 2011, 45 & Lahtinen 2014.)

Vastaajien mielestä vanhempien jaksamiseen liittyvistä asioista pitäisi keskustella enemmän vastaanotolla. Myös muissa tutkimuksissa puhutaan paljon vanhempien jaksamisesta ja tuen tarpeesta vanhempien kohdalla. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan lasten iällä koettu olevan yhteyttä vanhempien tuen tarpeeseen, vaan vanhempien tuen tarve ilmeni kaikissa vastauksissa tasapuolisesti. (ks. Heikkilä 2009).

Vastaanoton tarjoamat palvelut-osioon liittyvässä avoimessa kysymyksessä toivottiin enemmän tukea vanhempien ja koko perheen jaksamiseen sekä konkreettisia ohjeita. Myös lapsen itsetuntoon liittyviin asioihin kaivattiin tukea, mikä ilmenee myös Heikkilän (2009) tutkimuksessa. Lisäksi toivottiin psykologipalveluiden mahdollisuutta sekä puhelinnumeroita hätätilan varalle. Jos vastaanottotilanteessa olisi enemmän keskustelua vanhempien jaksamiseen liittyvistä asioista ja neuvoja hankalien tilanteiden varalta, niin ehkä he silloin saisivat paremmin voimavaroja arjessa jaksamiseen. Vertaistuen piiriin ohjaamisesta enemmän voisi olla myös apua vanhempien jaksamiseen arjessa.

Väittämään vastaanottoajan pituudesta puuttui numero 5 eli ”täysin eri mieltä”. Yksi vastaaja oli itse laittanut kohdan viisi ja ympyröinyt sen. Yksi vastaaja oli ollut vastaanoton pituuteen myös osittain tyytymätön. Mietittiin, että jos kyselylomakkeessa olisi ollut kohta viisi, niin olisiko tämä vastaaja ympyröinyt sen. Toisaalta sillä ei ollut kovin suurta merkitystä tutkimustulosten kannalta, koska suurin osa vastaajista oli täysin tyytyväisiä vastaanottoajan pituuteen. Yksi vastaaja oli vastannut väittämään vastaanottoajan olevan heidän kohdallaan 20 minuuttia. Tämä johtuu siitä, että vastaanottoon varataan aikaa 45 minuuttia, ja joskus todellinen aika vastaanotolla on vähemmän ja välillä enemmän.

Monet vastaajat vaikuttivat olevan huolissaan lääkitykseen liittyvistä asioista ja sen vuoksi kontrollit haluttiin pysyvän lääkäriillä. Vastaajilta haluttiin myös mielipiteitä lapsen kahden keskisen ajan tarpeellisuudesta lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa. Tutkimuksessa ilmenee, että monen vastaajan mielestä ajatus olisi hyvä, koska vastaajien mielestä nuori kertoo asioistaan avoimemmin ilman vanhempien läsnäoloa.



Kyselylomakkeessa kysyttiin, olisiko erillinen soittoaika johonkin aikaan päivästä tarpeellinen. Vastaajien mielestä tämä ei kuitenkaan ole tarpeen, vaan vastaajat olivat sitä mieltä, että nykyinen käytäntö on hyvä. Tässä ajatuksena oli se, että terveydenhoitajaa voi olla toisinaan vaikea tavoittaa, koska erillistä soittoaikaa ei ole.

Tänä päivänä ajanvarauksessa on monia eri vaihtoehtoja käytössä. Tämän tutkimuksen **Ajanvaraus ADHD/ADD-vastaanotolle -osiossa** vastaajat olivat sitä mieltä, että nykyinen ajanvaraustapa eli kutsukirje kotiin on paras tapa ajanvaraukseen. Tekstiviestimuistutuksesta oli esitetty toiveita. Tekstiviestimuistutus auttaisi asiakkaita muistamaan varatun vastaanottoajan ja samalla myös vastaanoton toiminta tehostuisi, koska ei tulisi niin paljon peruuttamattomia aikoja.

Vastaajat olivat tyytyväisiä henkilökunnan ystävällisyyteen ja siihen, että henkilökunta on helposti lähestyttävissä, mikä ilmeni **Yhteistyön toimivuus ADHD/ADD-vastaanotolla -osiossa**. Hoidon luottamuksellisuuteen ja henkilökunnan pysyvyyteen oltiin myös tyytyväisiä. Tässä tutkimuksessa suurin osa oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ja että heillä on mahdollisuus vaikuttaa lastansa koskeviin asioihin. Nakarin ja Sjöholmin (2009) tutkimuksessa arvoistettiin myös ystävällisyyttä, ammattitaitoa sekä avuliaisuutta henkilökunnan keskuudessa. Yhteistyön toimivuuteen liittyvien väittämien kohdalla yksi vastaaja oli kaikkiin väittämiin täysin tyytymätön. Tämä vastaaja oli kuitenkin muissa kohdissa tyytyväinen vastaanoton toimintaan ja saattaa olla, että arviointiasteikko oli vahingossa tulkittu väärin päin tässä väittämä-osiossa.

**Lapsen- ja nuoren kokemus ADHD/ADD-vastaanoton toiminnasta -osiossa** lapset ja nuoret olivat vastausten perusteella pääasiassa kovin tyytyväisiä vastaanoton toimintaan. Vastaajien kesken alle kymmenvuotiaat lapset eivät olleet vastanneet lapsille ja nuorille tarkoitettuihin kysymyksiin niin paljon kuin vanhemmat, yli 12-vuotiaat lapset. Yhdessä vastauslomakkeessa luki ”eivät osanneet vastata”. Voisimme tulkita sen niin, että nuorempien lasten kohdalla vastaanotolla käyminen on heille ehkä jollain tavalla luontevampaa. He eivät myöskään osaa ajatella tai pohtia vastaanoton tarkoitusta samalla tavoin kuin vanhemmat lapset.

Tässä tutkimuksessa ilmeni useita samansuuntaisia tuloksia kuin muissa samaan aiheeseen liittyvissä aiemmissa tutkimuksissa. Vastaajien alhaisen vastausprosentin vuoksi tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta tutkimustuloksia voidaan kuitenkin käyttää näiden vastausten osalta Kouvolan ADHD/ADD-vastaanoton toiminnan kehittämiseen.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla miten ADHD ja ADD-diagnoosin saaneiden lasten ja nuorten vanhempien tuen tarpeet eroavat toisistaan. Voisi tutkia myös sitä, miten Kouvolassa ADHD/ADD-vastaanotto toimii verrattuna jonkin muun kaupungin vastaavaan toimintaan.

## 11 LÄHTEET

- AADA. 2013. Kymenlaakson autismi-, asperger-, dysfasia ja ADHD- yhdistys ry. Vertaistuki. 2015. Saatavissa: [http://www.kymenlaaksonaada.com/index.php?p=1\\_6\\_Vertaistuki](http://www.kymenlaaksonaada.com/index.php?p=1_6_Vertaistuki) [viitattu 5.9.2015].
- Barkley, R., A. 2008. ADHD. Kuinka hallita ADHD. (Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide For Parents). Guilford Press.
- Bergström, S. & Leppänen, A. 2011. Yrityksen asiakasmarkkinointi. 13.-14. painos. Helsinki: Edita.
- Carea. 2015. Lasten ja nuorten neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden hoitomalli. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p\\_artik-keli=shp00777](http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artik-keli=shp00777) [viitattu 8.10.2015].
- Collin, K., Valleala, U., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49. 31.
- Haarala, P. & Honkanen, H. 2014. Terveystenhoitaja yhteiskunnallisena vaikuttajana. Teoksessa Terveystenhoitajan osaaminen, toim. Haarala, P., Honkanen, H. Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, M., 2009. ADHD-lasten vanhempien kokemukset arjesta ja saaduista tukipalveluista. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Terveysten edistämisen koulutusohjelma. Perhehoitotyö.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoitoketjut. Carea. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Ammattilaisille/Hoitoketjut/> [viitattu 3.8.2015].
- Honkanen, H. & Mellin, O-K. 2014. Terveysten edistämisen työmenetelmiä. Teoksessa Terveystenhoitajan osaaminen, toim. Haarala, P., Honkanen, H. Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. Helsinki: Edita.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY. Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus-moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2007. Perheen parhaaksi perhetyön arkea. Helsinki: Edita.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveystieteisiin. 2015. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/asiakas-ja-potilas/asiakaspalaute/kansalliset-kyselyt>. [viitattu 1.11.2015].

Kela. 2012a. Alle 16-vuotiaan vammaistuki. Saatavissa: <http://www.kela.fi/vammaistuki-lapselle> [viitattu 5.9.2015].

Kela 2012b. Vammaistuki aikuiselle. Saatavissa: <http://www.kela.fi/vammaistuki-aikuiselle> [viitattu 6.9.2015].

Kela. 2015. Nuoren kuntoutusraha alle 20- vuotiaalle. Saatavissa: [http://www.kela.fi/kuntoutusraha\\_nuoren-kuntoutusraha](http://www.kela.fi/kuntoutusraha_nuoren-kuntoutusraha) [viitattu 5.9.2015].

Kippola-Pääkkönen, A. 2011. Tarkkaavuuden haasteet, hyvinvointi ja ADHD-liiton toiminta. Pro gradu -tutkielma. Kuntoutustiede. Lapin yliopisto.

Koivunen, M. & Pajunen, A. -E. 2012. Vertaistuki ADHD-oireisten ja heidän lähipiirinsä voimavarana. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. ja Koivunen, M. Helsinki: Otava, 118, 120.

Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystieteiden huollon laatuopas. 1. painos. Helsinki: Kuntaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf> [viitattu 2.9.2015].

Korhonen, T. 2006. Lasten, nuorten ja huoltajien kokemuksia lääkehoidosta ja koulunkäynnistä. Erityispedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kotisaari, M. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kriteerit tautiluokitusten mukaan. ADHD-liitto. Saatavissa: <http://www.adhd-liitto.fi/adhd-tietoa/adhd-perustietoa/kriteerit-tautiluokitusten-mukaan> [viitattu 18.9.2015].

Kuntoutusraha. ADHD-liitto. Saatavissa: <http://www.adhd-liitto.fi/tukea/tietoa-sosiaaliturvasta/perheille/kuntoutusraha> [viitattu 20.9.2015].

Käypä hoito- suositus 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=CD4F5910EAF4C20D34ED2B39A63B070E?id=khp00071> [viitattu 3.5.2015].

Laatu. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>. [viitattu 1.11.2015].

Laatusuositukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta/laatusuositukset> [viitattu 1.11.2015].

Lahtinen, M. 2014. ”Tarvitsemme konkreettista apua ja tukea”. Vanhempien kokemuksia lastensa ADHD-lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta. Pro gradu -tutkielma. Erityispedagogiikka. Turun yliopisto.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leinonen, T., Matikainen, M., Pieskä, P. & Pörhölä, P. 2012, ”Hyvällä yhteistyöllä ja hengellä asiakkaitten parhaaksi toimimista...” Asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia Tuira-Koskelan hyvinvointineuvolan toiminnasta. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Leppämäki, S. 2012. ADHD:n alatyypit ADD. Teoksessa ADHD. Diagnostiikka, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. ja Koivunen, M. Helsinki: Otava, 46–50.

Liitto. ADHD-liitto. Saatavissa: <http://www.adhd-liitto.fi/adhd-liitto/liitto> [viitattu 5.9.2015].

Marjamäki, P. & Nurmi, T. & Salo, K. & Söder, J. & Viitala, R. & Liukko, M. & Frisk, T. & Haverinen, R. & Lindqvist, T. & Maaniittu, M. & Mäkelä, M. & Mäntysaari, M. & Nordblad, A. & Outinen, M. & Riihelä, M. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes.

Moilanen, I. 2012a. ADHD. Teoksessa ADHD. diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., Helsinki: Otava.

Moilanen, I. 2012b, Lapsen ADHD. Teoksessa ADHD. diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., Helsinki: Otava.

Moilanen, I. 2012c. Lääketieteellinen hoito ja kuntoutus. Teoksessa ADHD. diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M. Helsinki: Otava.

Nakari, R. & Sjöblom, S. 2009. Toimiva kunnallinen palveluorganisaatio. 1. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Nyström, M. 2015. Haastattelu 5.10.2015. Sähköpostitiedoksianto. 15.10.2015. Kouvola: Naukion yhtenäiskoulu

Piilikangas-Muotio, M. 2015. Käypä-hoito suositusten mukainen lasten hoitopolku suunnitelma Vaasanseudun ADHD-yhdistykselle. Opinnäytetyö. Kuntoutusohjauksen ja- suunnittelun koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Potilasvahinkolaki 585/1986.

Puustjärvi, A. 2011. ADHD- hoidon painotus eri ikävaiheissa. Käypä hoito-suositus. 2013. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01781&suositusid=hoi50061> [viitattu 4.8.2015].

Puustjärvi, A. 2013. ADHD:n alatyypit DSM IV:n mukaan. Duodecim. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01776](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01776) [viitattu 15.10.2015].

Raevuori, A. 2012. Nuoren ADHD. Teoksessa ADHD. diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M. Helsinki: Otava.

Sandberg, E. 2012. ADHD- lapsen sisarusten asema perheessä- vanhempien ja sisarusten haastattelututkimus. Pro gradu -tutkielma. Erityispedagogiikka. Helsingin yliopisto.

Sarajärvi, A., Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta, Helsinki: WSOYpro Oy.

Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. 2012. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa ADHD. diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M. Helsinki: Otava, 95–97.

Simola, M. & Rauta, A. 2008. Asiakastyytyväisyys ja -tyytymättömyys hoitotyössä, kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia, Helsinki.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Terveystenhuollon ammattilaisille. ADHD-liitto. Saatavissa: <http://www.adhd-liitto.fi/adhd-tietoa/tietoa-ammattilaisille/terveydenhuollon-ammattilaisille> [viitattu 17.10.2015].

Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN\\_ISBN\\_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1) [viitattu 16.10.2015].

Tietoa sosiaaliturvasta. ADHD-liitto. Saatavissa: <http://www.adhd-liitto.fi/tietoa/tietoa-sosiaaliturvasta> [viitattu 20.9.2015].

Voutilainen, A. & Puustjärvi, A. 2014. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Teoksessa Lastenneurologia, toim. Pihko, H., Haataja, L. & Rantala, H. Saarijärvi: Duodecim, 71–72, 74.

Zoëga, H., Rothman, K., Huybrechts, K., Ólafsson, Ö., Baldursson, G., Almarsdóttir, A., Jónsdóttir, S., Halldórsson, M., Hernández-Díaz, S. & Valdimarsdóttir, U. 2012. A Population-Based Study of Stimulant Drug Treatment of ADHD and Academic Progress in Children. *Pediatrics* Volume 130, Number 1, July 2012, e58-e59.

Taulukko 2. ADHD:n diagnostiset kriteerit ICD-10- luokituksen mukaan (mukaillen ADHD-liitto)

<b>G1. Keskittymiskyvyttömyys</b> Vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:
1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.
2. Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
3. Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).
5. Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut.
6. Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.
7. Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
8. Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.
9. Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.
<b>G2. Hyperaktiivisuus</b> Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:
1. Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan.
2. Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
3. Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).
4. Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.
5. Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.
<b>G3. Impulsiivisuus</b> Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:
1. Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
2. Potilas ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
3. Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esimerkiksi tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
4. Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.



# Lasten ja nuorten neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden hoito-malli

Hoitoketjut

7.10.2015 • Päivitetty kokonaisuudessaan

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea

Tiina Wallden, Marja Bern, Mikaela Blomqvist-Lyytikäinen, Mari Hanski, Päivi Iisalo, Mervi Jyrkilä, Riitta Hannonen, Maarit Kukkohovi, Meri Lindholm, Katja Lötjönen, Marja-Leena Niemi, Mia Nyström, Eija Puhalainen, Jutta Raita, Aija Seppänen, Mia Tapola, Erja Vanhala ja Kirsi Ylisaari

- [Hoitoketjun tavoite](#)
- [Kohderyhmä](#)
- [Työryhmä](#)
- [Neuropsykiatristen häiriöiden määritelmä](#)
- [Diagnoosi tai oire](#)
- [Liitännäissairaudet ja olosuhteet](#)
- [Perusterveydenhuollon tehtävät häiriöiden tunnistamisessa, diagnosoinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa](#)
- [Aiheet erikoissairaanhoidon läheteeseen](#)
- [Keskeiset lääkärin läheteessä vaadittavat tiedot](#)
- [Hoito erikoissairaanhoidossa](#)
- [Keskeiset palautteessa vaadittavat tiedot](#)
- [Jatkohoito perustason palveluissa](#)
- [Hoitoketjun päivitys](#)
- [Muuta tukea ja linkkejä](#)
- [Kirjallisuutta](#)

## • Hoitoketjun tavoite

- Lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden työnjaon selkiyttäminen tutkimuksessa ja hoidossa
- Lasten ja nuorten kehityksen tukemisen, hoidon ja kuntoutuksen aloitus mahdollisimman varhain lapsen ja nuoren suotuisan kehityksen turvaamiseksi ja haitallisten seurannaisvaikutusten ennaltaehkäisemiseksi
- Tiedon, ohjauksen, neuvonnan ja tuen antaminen lapsille ja nuorille ja heidän perheilleen ja lähi-ihmisille
- Lasten, nuorten, perheiden ja kehitysympäristön vahvuuksien ja voimavarojen löytäminen, ylläpitäminen ja vahvistaminen
- kirjallisuusviite [4](#)

## • Kohderyhmä

- Hoitomalli on tarkoitettu kaikkien lasten ja nuorten kanssa toimivien, kuten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, päivähoidon, sosiaalitoimen, perheneuvolan, oppilashuollon ja opetuksen henkilöstön ja perheiden käyttöön

## • Työryhmä

- Tiina Wallden, lastenneurologian ylilääkäri, Kymenlaakson keskussairaala, tiina.wallden(at)care.fi
- Marja Bern, lastenneuvolan lääkäri, Hamina
- Mikaela Blomqvist-Lyytikäinen, ylilääkäri, sosiaalipalvelut, Carea
- Mari Hanski, lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitaja, Hamina

- Päivi Iisalo, perheneuvola- ja koululääkäri, Hamina
- Mervi Jyrkilä, lastenneuvolan terveydenhoitaja, Kotka
- Riitta Hannonen, neuropsykologi, Kymenlaakson keskussairaala, lastenneurologia
- Maarit Kukkohovi, perheneuvolan johtava psykologi, Kouvola
- Meri Lindholm, koulupsykologi, Hamina
- Katja Lötjönen, psykologi, Varhaisen tuen palvelut, Kotka
- Marja-Leena Niemi, nuorisopsykiatrian ylilääkäri, Kymenlaakson keskussairaala,
- Mia Nyström, kouluterveydenhoitaja, Kouvola
- Eija Puhalainen, lasten ja nuorten terveystalveluiden vastuulääkäri, Kouvola kaupunki
- Jutta Raita, vastaava lastenneuvola- ja koululääkäri, Varhaisen tuen palvelut, Kotka
- Irina Rintakumpu-Pyörret, perheneuvolan johtaja, Kouvola
- Aija Seppänen, terveydenhoitaja, Hattu-kehitysneuvola, Kouvola
- Mia Tapiola, lastenpsykiatrian ylilääkäri, Kymenlaakson keskussairaala,
- Erja Vanhala, kuntoutusohjaaja, nuorisopsykiatrian poliklinikka, Kymenlaakson keskussairaala
- Kirsi Ylisaari, nuorisopsykiatrian osastonylilääkäri, Kymenlaakson keskussairaala

## • Neuropsykiatristen häiriöiden määritelmä

- Neuropsykiatrisissa häiriöissä aivojen toiminnan kehitykselliseen häiriöön tai sairauteen liittyy psyykkisiä, kognitiivisia tai käytösoireita (tai kaikkia näitä), jotka haittaavat huomattavasti toimintakykyä, osallistumista ja kokemusta sosiaalisesta osallisuudesta.
- Oireita voi olla motoriikan, kielenkehityksen, hahmotuksen, tarkkaavaisuuden, oman toiminnan ohjauksen ja oppimisen alueella tai sosiaalisen vuorovaikutuksen, käyttäytymisen säätelyn, psyykkisen kehityksen ja sopeutumisen alueella.
- Näissä häiriöissä lähiympäristön toimenpiteillä on vaikutusta lapsen ja nuoren toimintakykyyn ja osallistumiseen.

## • Diagnoosi tai oire

- Laaja-alaiset kehityshäiriöt F84.0-F84.9
  - Lapsuusiän autismi
  - Aspergerin oireyhtymä F84.5
  - Muu lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö F84.8
  - Määrittämätön lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö F84.9
- Hyperkineettisen häiriöt (F90)
  - Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) F90.0
  - Hyperkineettinen käytöshäiriö F90.1
  - Muu hyperkineettinen häiriö F90.8
  - Määrittämätön hyperkineettinen häiriö F 90.9
- Muu tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava toiminto- ja tunnehäiriö (F98.8)
  - ADD (Attention deficit disorder) eli tarkkaavuushäiriö
- Samanaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö, Touretten oireyhtymä F95.2
- Piirteitä yhdestä tai useammasta em. häiriöistä on usein yhtä aikaa (piirteitä voi olla ilman, että diagnoosien kaikki kriteerit täyttyvät)

- Näiden diagnoosien yhteydessä esiintyy usein puheen, kielen, motoriikan ja oppimisen ongelmia
- Diagnoosikriteerit: Tautiluokitus ICD-10 [1](#).

## • Liitännäissairaudet ja olosuhteet

Seuraavat sairaudet ja olosuhteet tulee ottaa huomioon diagnosoitaessa neuropsykiatrisia häiriöitä sekä suunniteltaessa kuntoutusta ja tukitoimia

- Puheen ja kielen kehityshäiriöt F 80
- Oppimiskyvyn häiriöt F81
- Motoriikan kehityshäiriö F82
- Älyllinen kehitysvamma F70–79
- Epilepsia G 40
- Liikuntavamma G80
- Autoimmuunisairaudet
- Infektiot ja niiden jälkitilat
- Traumaattinen aivovamma S06
- Raskauden aikainen alkoholialtistus Q86.0
- Raskauden aikainen päihde- ja tupakka-altistus
- Geneettiset kehityshäiriöt Q
- Aistisäätelyn ongelmat F88
- Traumaattiset kokemukset varhaislapsuudessa, kiintymyssuhde- ja vuorovaikutushäiriöt F94
- Masennustila F32, kaksisuuntainen mielialahäiriö F32,
- Ahdistuneisuushäiriöt F42 ja vuorovaikutushäiriöt F 43
- Perheen tuen riittämättömyys Z
- Somaattiset pitkäaikaissairaudet

## • Perusterveydenhuollon tehtävät häiriöiden tunnistamisessa, diagnosoinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa

- Kehityksen häiriön epäily ja tunnistaminen on usein mahdollista jo ennen kouluikää
- Tarvittavat tukitoimet aloitetaan viipymättä lähiympäristössä (perheen, päivähoidon ja koulun toimenpiteet, lapsen ja nuoren kehityksen ja perheen tukeminen)
- Kukin kunta sopii lasten ja nuorten kehityksellisten oireiden ja häiriöiden tutkimisesta, kuntoutuksesta ja muista tukitoimista, vastuuhenkilöistä ja hoito-ohjelmista. Tämä toteutetaan sovittu eri sektoreiden ( terveydenhuolto, sosiaalitoimi, päivähoito ja koulu ) moniammatillisena yhteistyönä. Laaja-alaisissa ongelmissa lapsi ja nuori voidaan ohjata nopeasti erikoissairaanhoidon konsultaatioon.
- Yhdessä vanhempien kanssa laaditaan kirjallinen suunnitelma lapsen ja nuoren kehityksen tukemiseksi
- Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön ja Touretten oireyhtymän diagnoosi voidaan tehdä perusterveydenhuollossa Käypä hoito suosituksen mukaisesti ja käyttäen ICD-10 kriteereitä, tarvittaessa seuraamalla lasta ja nuorta.
- Diagnoosia varten on hyvä olla käytettävissä tietoja lapsen ja nuoren ja perheen tietojen lisäksi eri ajanjaksoilta ja tietolähteistä kuten muilta lasta tai nuorta hoitaneilta tahoilta esimerkiksi lastenneuvolasta, puheterapeutilta, toimintaterapeutilta, psykologilta ja muilta toimijoilta.

- Lausunnot esim. vammaistukea varten ja koulun lopettamisvaiheessa nuoren kuntoutusrahaa varten voidaan tehdä perusterveydenhuollossa
- Seuraavista kyselylomakkeista voi olla hyötyä oireiden arvioinnissa : Viivi-kysely (FTF, Five to Fifteen) [2](#), ADHD Käypä hoito suositus, oirekartoitusslomake [3](#), NMI Kyselylomake lapsen koulunkäynnistä [4](#)

## • Aiheet erikoissairaanhoidon läheteeseen

- Läheteaiheet:
  - Ongelmaa ei ole tehdyistä toimenpiteistä huolimatta saatu hallintaan tai hoidon suunnittelu ei onnistu avohoidossa ongelman vaikea-asteisuuden tai monialaisuuden vuoksi
  - Neuropsykiatriin häiriöihin liittyy merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita
  - Lastenpsykiatrian tai lastenneurologian poliklinikalle voidaan lähettää lapsi tai nuori, jos kyseessä on tarkkaavaisuuden häiriön lääkityksen harkinta, jos perusterveydenhuollossa ei ole mahdollisuutta tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön hoitoon perehtyneen lääkärin arvioon
  - Touretten oireyhtymää sairastavat lapset lähetetään lasten tai nuorisopsykiatrian poliklinikalle, jos heillä todetaan merkittäviä psyykkisiä oireita
  - Autismikirjon häiriön epäilyn lapset ja nuoret lähetetään lastenneurologian poliklinikalle
- Alle 16-vuotiaista lapsista ja nuorista lähete osoitetaan lastenneurologian poliklinikalle
- Mikäli häiriöön liittyy merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita, lähete osoitetaan alle 13-vuotiaista lapsista lastenpsykiatrian poliklinikalle ja 13–17-vuotiaista nuorista nuorisopsykiatrian poliklinikalle
- Kiireettömän hoidon perusteet: lastenneurologia [1](#), lastenpsykiatria [2](#) ja [3](#), nuorisopsykiatria [4](#)

## • Keskeiset lääkärin läheteessä vaadittavat tiedot

- Esitiedot, raskaus, synnytys, kehitys, nykytila, ongelma
- Lääkärin kuvaus ja arvio tilanteesta
- Kasvutiedot, tiedot perheestä
- Psykologin ja muiden erityistyöntekijöiden (esim. lastentarhanopettajat, erityisopettajat) tutkimustulokset, arviot ja suunnitelmat liitteeksi läheteeseen
- Vammaistuki ja nuoren kuntoutusraha lausunnot voidaan tehdä perusterveydenhuollossa

## • Hoito erikoissairaanhoidossa

- Vaikeavammaiset ja moniongelmaiset lapset ja nuoret
  - seuranta ja hoito erikoissairaanhoidossa ja erityishuollossa yhteistyössä perusterveydenhuollon ja tukiverkoston kanssa
- Mahdollisuus lastenneurologiseen, lasten- tai nuorisopsykiatriseen osastoarvioon
- Yhteistyö lastentautien, lastenneurologian, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian välillä ja kunnan eri yhteistyöyksiköiden kanssa
- Diagnoosi ja erotusdiagnoosi
- Hoidon aloitus ja tarvittava kuntoutuksen suunnittelu ja kuntoutus suunnitelma
- Lastenpsykiatrian hoitosuhde voi jatkua 12 vuoden ikään
- Lastenneurologian hoitosuhde voi jatkua tilanteen mukaan 16–18 vuoden ikään
- Nuorisopsykiatrian poliklinikalla hoitosuhde jatkuu tarvittaessa 21-vuotiaaksi

- **Keskeiset palautteessa vaadittavat tiedot**

- Palaute lähetetään aina lähettävälle lääkärille
- Diagnoosi, tärkeimmät tutkimukset ja niiden tulokset
- Annetut hoidot, hoitovaste
- Kliininen tilanne hoidon päättyessä
- Tieto kirjoitetuista lausunnoista
- Kuntoutussuunnitelma
- Selkeä suunnitelma jatkohoidosta ja tukitoimista
- Tilanteen mukaan palvelukelpoisuuteen, ajokykyyn ja ammatinvalintaan liittyvä arvio
- Ohje yhteydenottoon tarvittaessa

- **Jatkohoito perustason palveluissa**

- Voimavarojen esille tuominen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen
- Jatkosuunnitelman käytännön toteuttaminen ja tukitoimista huolehtiminen sekä näiden seuranta
- Moniammatillinen verkostotyö
- Terveystilan seuranta
- Lasten ja nuorten lääkehoidon ylläpidon seuranta perusterveydenhoidossa selkeiden jatkohoito-ohjeiden perusteella
- Tarvittaessa erikoissairaanhoidon konsultaatio mahdollisuus palvelukelpoisuus- ja ajokykyyn sekä ammatinvalintaan liittyvissä
- Tarvittaessa erityisammatinvalinnan ohjaus työ - ja elinkeinotoimistoissa (TE-toimistot)
- Sosiaaliturvasta huolehtiminen

- **Hoitoketjun päivitys**

- Päivitysajankohtaa ei ole sovittu.

- **Muuta tukea ja linkkejä**

- Alle 16-vuotiaan vammaistuki [5](#)
- Kymenlaakson autismi-, asperger-, dysfasia- ja ADHD-yhdistys AADA ry [6](#)
- Autismi- ja Aspergerliitto ry [7](#)
- Suomen Tourette-yhdistys [8](#)
- Lisätietoja, mm. yhteystiedot palveluihin, löytyy alueen kuntien internet -sivuilta sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen alta
- Niilo Mäki Instituutti [9](#)
- Aivoliitto [10](#)
- LukiMat [11](#)
- Nuorten mielenterveystalo.fi [12](#)
- MLL/Vanhempainnetti [13](#)
- Tampereen kaupunki/Perhe- ja sosiaalipalvelut/Neuropsykiatriset erityisvaikeudet [14](#)
- Tampereen kaupunki/Perhe- ja sosiaalipalvelut/Arjen selviytymiskeinot [15](#)
- Papunet [16](#)

## • Kirjallisuutta

1. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) Käypä hoito -suositus 08.10.2013 [17](#)
2. Kouluikäisen lapsen ja nuoren (6–17v) tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriön (ADHD) hoitoketju. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 26.8.2010 [5](#)
3. Lasten ja nuorten neuropsykiatriset häiriöt hoitoketju (KSSHP) [6](#)
4. Koivikko M, Sipari S. Kirja. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Vajaaliikkeisten Kunto ry, 2006
5. Pihko H, Haataja L, Rantala H (toim.). Kirja. Lastenneurologia. Duodecim 2014
6. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print. Tampere 2012.
7. Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T & Lahikainen T. (toim.). 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print. Tampere 2011.
8. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta. 6.4.2011/338.
9. Laki perusopetuslain muuttamisesta 642/2010
10. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013 [18](#)
11. Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326 [19](#)
12. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 [20](#), 17.9.1982/710 [21](#)
13. Laki vammaisuuksista 11.5.2007/570 [22](#)
14. Asetus kehitysvammaisten erityishuollosta 23.12.1977/988 [23](#)
15. Hermanson E. Nuorten hoidon heikoin lenkki. Duod 2006;122(2):139-40. [7](#)
16. Rintahaka P. Nuorten neuropsykiatriset häiriöt – ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja unihäiriöt. Duod 2007;123(2):215-22. [8](#)
17. Hari R. Ihmisarvojen peilautumisjärjestelmät Duod 2007; 123(13):1565-73 [9](#)
18. Gillberg C. ESSENCE samlar diagnoserna till en helhet. Läkartidningen 2014;Sep 23;111 (39). pii: CU47.
19. Vanhanen S-L. Keskittymättömän lapsen palveluketjussa on painotettava yhteistyötä Suom Lääkäril. 2007;62(22):2193-2198 [10](#)
20. Keskitalo P, Olsén P. Touretten oireyhtymä ja muut nykimishäiriöt. Suom Lääkärilehti 2014;69(38):2365-2370 [11](#)
21. Kirjanen S, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Miten tukea opintoja ja työllistymistä, kun nuorella on autismikirjon häiriö. Suom Lääkärilehti 2014;69(34):2039-2044 [12](#)
22. Moilanen I, Mattila M-L, Loukusa S, Kielinen M. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Duod 2012;128(14):1453-62 [13](#)
23. Perusopetuslaki 21.8.1998/628 [24](#)
24. Westerinen H. ADHD. Lääkärin käsikirja [14](#)
25. Westerinen H. Nykimishäiriöt lapsuusiässä. Lääkärin käsikirja [15](#)
26. Vanhala R. Autismikirjon häiriöt. Lääkärin käsikirja [16](#)
27. Huttunen M. Tietoa potilaalle: Aspergerin oireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim [17](#)
28. Huttunen M. Tietoa potilaalle: Autismi. Lääkärikirja Duodecim [18](#)
29. Huttunen M. Tietoa potilaalle : Nykimishäiriöt (Touretten oireyhtymä) [19](#)
30. Kunnat.net [25](#)

Artikkeli tarkastettu 7.10.2015 • Viimeisin muutos 7.10.2015

Artikkelin tunnus: shp00777 (008.777)

© 2015 Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea

**OLKAA YSTÄVÄLLISIÄ JA YMPYRÖIKÄÄ OIKEA VAIHTOEHTO SEURAAVISTA KYSYMYKSISTÄ JA VASTATKAA KYSYMYKSIIN:**

**A. TAUSTATIEDOT**

1. Perheen lastenne lukumäärä                      a.) 1- 2              b.) 3- 4              c.) yli 5
2. Vastaanotolla käyvän/ käyvien lastenne ikä/ iät \_\_\_\_\_
3. Perheen lapsista ADHD tai ADD- lääkitys on \_\_\_\_\_ lapsella
4. Minkä ikäinen/ ikäisiä lapsenne oli/ olivat, kun ADHD tai ADD- lääkitys aloitettiin?  
  
\_\_\_\_\_
5. Kuinka kauan olette käyneet lapsenne/ lastenne kanssa vastaanotolla?  
  
a.) alle 1v.              b.) 1-2v.              c.) 2- 4v

**ARVIOIKAA SEURAAVAT KYSYMYKSET ASTEIKOLLA 1- 5 JA KIRJOITTAJAA VASTAUS NILLE ANNETUILLE VIIVOILLE:**

1= Täysin samaa mieltä, 2= Osittain samaa mieltä, 3= En osaa sanoa,  
4= Osittain eri mieltä, 5= Täysin eri mieltä

**B. ADHD/ ADD- VASTAANOTON TILAT SIJAITSEVAT KOUVOLAN PÄÄTERVEYSASEMALLA**

1. Vastaanoton tilat sijaitsevat mielestäni hyvällä paikalla                      1   2   3   4   5
2. Vastaanotto-tila on helposti löydettävissä                      1   2   3   4   5

Kysymys omalla autolla kulkeville

3. Parkkipaikka on helposti löydettävissä vastaanoton läheisyydestä              1   2   3   4   5

Kysymys julkista liikennettä käyttäville

4. Kulkuyhteydet vastaanotolle ovat hyvät                      1   2   3   4   5

Vastaanoton odotustila on mielestänne

5. Asianmukainen                      1   2   3   4   5
6. Viihtyisä                      1   2   3   4   5

Vastaanoton odotustilassa on mielestänne

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. Aiheeseen liittyvää materiaalia esim. lehtiä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Riittävästi istumatilaa                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Lapsille leluja ja luettavaa                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Kehittämisehdotuksianne vastaanoton sijaintiin ja tiloihin liittyen:

---



---



---

**ARVIOIKAA SEURAAVAT KYSYMYKSET ASTEIKOLLA 1- 5 JA KIRJOITAKAA VASTAUKSET NIILLE ANNETUILLE VIIVOILLE:**

1= Täysin samaa mieltä, 2= Osittain samaa mieltä, 3= En osaa sanoa  
4 =Osittain eri mieltä, 5= Täysin eri mieltä

**A. ADHD/ ADD- VASTAANOTON TARJOAMAT PALVELUT**

Vastaanotolla käydään riittävän paljon läpi seuraavia asioita

- |                                 |   |   |   |   |   |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Lapsen vointi                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Lääkitykseen liittyvät asiat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Lapsen kaverisuhteet         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Kouluun liittyvät asiat      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Vanhempien jaksaminen        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Kelan etuudet                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Toivoisin vastaanotolla käytävän lisäksi seuraavia asioita:

---



---

Vastaanottoaika on 45min

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 8. Vastaanottoaika on sopivan mittainen | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

Lapsi käy lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotolla 6kk:n välein

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 9. Jatkossa vastaanoton käynnit voisivat toteutua joka toinen kerta lääkärin ja joka toinen kerta terveydenhoitajan toimesta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|



10. Jos ei, niin miksi?

---

---

11. Olisi hyvä, että nuorella olisi mahdollisuus tavata terveydenhoitajaa/ lääkäriä kahden kesken

1 2 3 4 5

12. Millaisissa asioissa koette, että nuori voisi hyötyä siitä?

---

---

Terveydenhoitajalle ei ole erillistä soittoaikaa

13. Saan riittävän nopeasti yhteyden terveydenhoitajaan lastani koskevilla asioilla

1 2 3 4 5

14. Erillinen soittoaika terveydenhoitajalle olisi tarpeellinen

1 2 3 4 5

15. Vastaanoton tarjoamat palvelut ovat vastanneet odotuksiani

1 2 3 4 5

16. Kehittämisehdotuksianne vastaanoton tarjoamiin palveluihin liittyen:

---

---

---

**ARVIOIKAA SEURAAVAT KYSYMYKSET JOKO ASTEIKOLLA 1-5 JA VAIHTOEHDOSTA a, b tai c SEKÄ KIRJOITTAKA VASTAUS NILLE ANNETUILLE VIIVOILLE:**

1= Täysin samaa mieltä, 2= Osittain samaa mieltä, 3= En osaa sanoa,

4= Osittain eri mieltä, 5= Täysin eri mieltä

## **B. AJANVARAUS ADHD/ ADD- VASTAANOTOLLE**

Kutsukirje tulee kotiin n. kaksi viikkoa ennen vastaanottoaikaa

1. Olen tyytyväinen ajanvaraukseen

1 2 3 4 5

2. Paras tapa ajanvaraukseen olisi (**valitkaa yksi**)

- a.) Kutsukirje
- b.) Puhelimitse itse varaten
- c.) Nettiajanvaraus itse varaten

3. Kehittämisehdotuksianne ajanvaraukseen liittyen:

---

---

---

**ARVIOIKAA SEURAAVAT KYSYMYKSET ASTEIKOLLA 1- 5 JA KIRJOITTAKAA VASTAUKSET NIILLE ANNETUILLE VIIVOILLE:**

1= Täysin samaa mieltä, 2= Osittain samaa mieltä, 3= En osaa sanoa,

4= Osittain eri mieltä, 5= Täysin eri mieltä

**E. YHTEISTYÖN TOIMIVUUS ADHD/ ADD- VASTAANOTOLLA**

1. Henkilökunta on ammattitaitoista	1	2	3	4	5
2. Henkilökunta on ystävällistä	1	2	3	4	5
3. Henkilökunta on helposti lähestyttävissä	1	2	3	4	5
4. Hoito on luottamuksellista	1	2	3	4	5
5. Hoito on yksilöllistä	1	2	3	4	5
6. Koen, että minua kuunnellaan	1	2	3	4	5
7. Koen merkittävänä asiana, että henkilökunta pysyy samana	1	2	3	4	5
8. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa lapseni hoitoon liittyviin asioihin	1	2	3	4	5

9. Kehittämisehdotuksianne vastaanoton yhteistyön toimivuuteen liittyen:

---

---

---

10. Mitä muuta haluaisitte sanoa?

---

---

---

**F. LAPSEN/ NUOREN KOKEMUS ADHD/ ADD- VASTAANOTON TOIMINNASTA**

Kysymys lapselle/ nuorelle:

1. Miten olet kokenut ADHD/ ADD-vastaanotolla käynnit?

---

---

2. Kehittämisehdotuksia ADHD/ ADD- vastaanoton toimintaan:

---

---

Kiitos vastauksistanne ja hyvää kesää!



SAATEKIRJE VANHEMMILLE!

Hei!

Olemme kaksi terveydenhoitajaksi opiskelevaa sairaanhoitajaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. **Teemme opinnäytetyötä Kouvolan kaupungin ADHD/ ADD- vastaanottotoiminnasta.** Opinnäytetyön aiheen olemme saaneet Kouvolan kaupungin koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon osastonhoitaja Kirsi Kiurulta.

**Opinnäytetyön tarkoituksena on saada asiakasperheiltä mielipiteitä Kouvolan kaupungin ADHD/ ADD- vastaanottotoiminnan asiakastyytyväisyydestä.** Kyselylomakkeen lopussa on myös lapsille/ nuorille suunnattu oma kysymys vastaanoton toimivuudesta ja sen kehittämistarpeista.

Kyselylomakkeen vastauksia hyödynnetään vastaanottotoiminnan kehittämiseen. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Käsittelemme aineistoa luottamuksellisesti. Henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa tietoomme.

Ohessa on **valmiiksi maksettu vastauskuori kyselylomakkeen palauttamista varten.** Kyselylomakkeet säilytetään asianmukaisesti ja hävitetään kun kyselylomakkeet on käsitelty. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme teidän osallistuvan tutkimuksen tekemiseen, jotta saamme mahdollisimman luotettavan kuvan vastaanottotoiminnan kehittämistarpeista.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn ja palauttamaan lomakkeet **18.6.2015 mennessä.**

Ystävällisin terveisin

Hanna Hämäläinen

Heli Paakala

Hanna.Hamalainen@student.kyamk.fi   Heli.Paakala@student.kyamk.fi